



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAMSUN İLİ AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN
HEKİMLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ
SAĞLARKEN KARŞILAŞTIKLARI ZOR DURUMLAR VE BU
DURUMUN MESLEKİ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

DR. ASLI DURUKAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2023



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAMSUN İLİ AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN
HEKİMLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ
SAĞLARKEN KARŞILAŞTIKLARI ZOR DURUMLAR VE BU
DURUMUN MESLEKİ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Dr. Aslı DURUKAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Üyesi Murat Bektaş YALÇIN

SAMSUN-2023

TEŞEKKÜR

Asistanlık mesleğine başladığım ilk zamanlardan itibaren sevgi ve hoşgörüsünü esirgemeyen, her türlü zor durumda bizlerin yanında olan sayın anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye,

Her konuda bilgi ve tecrübesinden yararlandığım, asistanlarının her daim arkasında olan değerli hocam Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN'e,

Değerli tez danışmanım, bütün tez yazma sürecimde birebir her konuyla ilgilenen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN'a,

Asistanlık süreci boyunca benimle olan, her türlü sorunuma çözüm olan değerli meslektaşım Dr.Faruk Süleyman AKYÜZ'e,

Aile Hekimliği bölümünde birlikte yol aldığım bütün çalışma arkadaşlarıma,

Ömrüm boyunca beni sevip sarmalayıp sevgisini ve desteğini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Aslı DURUKAN

BEYAN

“Samsun ili aile sağlık merkezlerinde çalışan hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetleri sağlarken karşılaştıkları zor durumlar ve bu durumun mesleki tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynak listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı birinci basamakta çalışan hekimlerin sağlık hizmetleri sağlarken karşılaştıkları zor durumları tanımlamak ve bu durumların hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışma Şubat 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında, Samsun ili aile sağlığı merkezlerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 122 aile hekimi ile yürütüldü. Araştırmada çalışmacılar tarafından oluşturulan zor durumlar anketi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 122 kişi katıldı. Çalışmaya katılan 122 kişinin yaş ortalaması $45,12 \pm 10,98$ iken %52,5'i erkek ($n=64$), %86,9'u evli ($n=106$) idi. Bu çalışmada katılımcıların zor hasta olarak tanımladıkları kişilerin çoğunluğu cinsiyet olarak erkek, yaş grubu olarak yetişkin, medeni durum olarak evli kişilerden oluşmaktaydı. Zor durumlar anketinden alınan toplam puan ortalaması $56,04 \pm 13,54$ bulundu. Zor durumlar anketinde en yüksek puanları alan hasta grupları gereksiz tetkik veya girişim isteğinde bulunan hasta/hasta yakını ve usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta/hasta yakını (rapor, ilaç yazımı vb.), en düşük puanları alan hasta grubu fiziksel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını bulundu. Çalışmada hekimlerin tükenmişlik düzeyini belirlemek için MTÖ kullanıldı. Buna göre Kişisel Başarı alt boyutundan alınan puan ortalaması $19,69 \pm 5,03$, Duyarsızlaşma alt boyutundan alınan puan ortalaması $5,87 \pm 3,67$, Duygusal Tükenme alt boyutundan alınan puan ortalaması $17,43 \pm 7,71$ bulundu. Çalışmada yaş, meslekte çalışma süresi, çalışma koşullarından memnuniyet, zor durumlara karşı mezuniyet öncesi alınan eğitimin yeterliliği arttıkça zor durumlar anketi bireysel puanının azaldığı bulundu. Çoklu değişkenli regresyon analizinde zor durumların kişisel başarıyı olumlu ve anlamsız olarak, duyarsızlaşmayı olumlu ve anlamlı olarak, duygusal tükenmişliği olumlu ve anlamlı olarak yordadığı bulundu.

Sonuç: Mesleki tükenmişliğe neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Hekimlerin birinci basamakta yaşadıkları zor durumlar tükenmişliğe etki eden nedenlerden sadece biridir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Zor hasta, tükenmişlik, aile hekimliği

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to identify the difficult situations that primary care physicians encounter while providing healthcare services and to evaluate the impact of these situations on their professional burnout levels.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted between February 2023 and April 2023 with 122 family physicians working in family health centers in Samsun province who agreed to participate in the study. The study used a questionnaire on difficult situations created by the researchers and the Maslach Burnout Inventory (MBI).

Results: 122 people participated in the study. The average age of the 122 participants was 45.12 ± 10.98 , of which 52.5% were male ($n=64$) and 86.9% were married ($n=106$). In this study, the majority of difficult patients identified by the participants were male in gender, adult in age group, and married in marital status. The total score average obtained from the difficult situations questionnaire was found to be 56.04 ± 13.54 . The patient groups with the highest scores on the difficult situations questionnaire were those who requested unnecessary tests or procedures / their relatives and those who made improper / illegal requests such as report writing or prescription / their relatives. The patient group that applied physical violence to themselves or their relatives had the lowest scores. MBI was used in the study to determine the level of burnout among physicians. Accordingly, the mean score obtained from the Personal Accomplishment sub-dimension was found to be 19.69 ± 5.03 , the mean score obtained from the Depersonalization sub-dimension was 5.87 ± 3.67 , and the mean score obtained from the Emotional Exhaustion sub-dimension was 17.43 ± 7.71 . In the study, it was found that as age, years of working in the profession, satisfaction with working conditions, and adequacy of pre-graduation education in dealing with difficult situations increased, the individual score on the difficult situations questionnaire decreased. In multiple regression analysis, it was found that difficult situations positively and insignificantly predicted personal accomplishment, positively and significantly predicted depersonalization, and positively and significantly predicted emotional exhaustion.

Conclusion: There are many factors that cause professional burnout. The difficult situations that physicians experience in primary care are just one of the reasons that affect burnout. More comprehensive studies are needed on this subject.

Keywords: Difficult patient, burnout, family physicians



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Zor Hasta	3
2.1.1 Zor Hasta Kavramı	3
2.1.2 Zor Hastaların Özellikleri	4
2.1.3 Hastayı Zor Yapan Etmenler.....	7
2.1.4 Zor Hasta ile İletişim.....	8
2.1.5 Zor Hasta Yönetimi.....	9
2.2 Mesleki Tükenmişlik Sendromu	10
2.2.1 Tükenmişlik Kavramı.....	10
2.2.2 Tükenmişliğin Nedenleri ve Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	11
2.2.3 Tükenmişliğin Belirtileri.....	13
2.2.4 Hekimlerde Tükenmişlik.....	14
2.2.5 Tükenmişlikle Mücadele Yolları.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1 Araştırmanın Yeri.....	17
3.2 Araştırmanın Tipi	17
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4 Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	17
3.4.1 Sosyodemografik Bilgiler Bölümü	17
3.4.2 Zor Durumlar Anketi.....	18
3.4.3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği	18
3.5 Araştırmanın Kısıtlılıkları	18
3.6 İstatiksel Analiz.....	19
3.7 Etik İzin	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇLAR.....	42
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER	49
EK-1 ZOR DURUMLAR ANKET FORMU.....	49
EK-2 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ.....	52
EK-3 ETİK KURUL ONAYI.....	53
EK-4 ORJİNALLİK RAPORU	55
EK-5 ÖRNEKLEM HESABI.....	56

KISALTMALAR

ICD-11	: International Classification of Diseases 11th Revision (Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının on birinci revizyonu)
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MTÖ-KB	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı
MTÖ-DY	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma
MTÖ-DT	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme
ZD	: Zor Durumlar



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hekimler tarafından tanımlanan zor hasta özellikleri	6
Tablo 2. Tükenmişliğin belirtileri	14
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve memnuniyet durumları.....	20
Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri	21
Tablo 5. Son altı ay içinde karşılaşılan zor durumlarda söz konusu olan hastanın/hasta yakınlarının cinsiyete göre sıklıkları.....	21
Tablo 6. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların/hasta yakınlarının yaş gruplarını sıklıkları	21
Tablo 7. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının medeni durumlarının sıklıkları	22
Tablo 8. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının eğitim durumlarının sıklıkları	23
Tablo 9. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının mesleki durumlarının sıklıkları	24
Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması ...	24
Tablo 11. Katılımcıların medeni durum ve çalıştıkları bölgeler ile cinsiyetlerin karşılaştırılması	25
Tablo 12. Zor durumların puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması	26
Tablo 13. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve zor durumlar anketi ortalamaları.....	27
Tablo 14. Zor durumlar anketi toplam puanının katılımcıların cinsiyetleri ile karşılaştırılması	27
Tablo 15. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ile cinsiyetlerin karşılaştırılması.....	27
Tablo 16. Zor durumlar anketi ve Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları puanları ile medeni durumların karşılaştırılması	28
Tablo 17. Zor durumlar anketi ve Maslach tükenmişlik ölçeği puanları ile çalışılan bölgelerin karşılaştırılması.....	28
Tablo 18. Sosyodemografik veriler ile MTÖ ve ZD anketi arasındaki korelasyon analizi ...	29
Tablo 19. Zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak duygusal tükenmişlik üzerine etkisini belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi	30
Tablo 20. Zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak duyarsızlaşma üzerine etkisini belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi	31
Tablo 21. Zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak kişisel başarıya etkisini belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi	32

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlik mesleğinin temeli hastanın yararını sağlama üzerine kuruludur. Hasta-hekim ilişkisi ile hekim hastasına bütün tıbbi bakımı sağlar. Hasta-hekim ilişkisinde karşılaşılan bazı zorluklar bu ilişkiyi olumsuz yönde etkileyebilir. Bu zorlukların kaynağı hastanın, hekimin veya bakımın verildiği ortamın özelliklerinden kaynaklanabilir. Hekimler genellikle zor hastalarda yaşadıkları sıkıntının farkında olsalar dahi bu sıkıntının farkına varmaları sıklıkla eksik kalır (1, 2).

Zor hasta tanım olarak hekimi, klinikte verilen tıbbi tedavi sırasında zorlayan ve sağlık çalışanlarının streslenmesine ve olumsuz hislere kapılmasına neden olan hastalar olarak nitelendirilebilir (3). Hemen hemen tüm hekimler zorluk yaşadıkları bazı hastalarla ilgilenirler. Bu hastalar hekim için olumsuzluk oluşturur ve hekimin bu hastalara vereceği olumsuz yanıt, aldıkları bakımı etkileyebilir (2).

Zor hasta ile ilgili çeşitli tanımlamalar mevcuttur. Bir hekimin zor hasta olarak tanımladığı hasta başka bir doktor için zor hasta olmayabilir. Bu durum hekimlerin karakterine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak değişebilir (3). Ortak olan bu hastaların doktorlarına ve doktorların günlük çalışma hayatlarına verdikleri sıkıntıdır (4).

Hekimler için, yüksek mesleki stres düzeylerinin tıbbi uygulamalardan daha az memnuniyet ve genel olarak tıbbi bakım sistemi ve sağlık hizmetleri hakkında daha olumsuz tutumlar ile ilişkili olduğu ve yüksek iş memnuniyetinin daha az spesifik iş stres etkeni ve sağlık hizmetlerine ilişkin olumlu tutumlar ile daha fazla ilişkili olduğunu göstermektedir (5).

Hizmet sektöründe çalışan personelin çoğu zaman diğer insanlarla yoğun bir ilişki içinde zaman harcaması gerekir. Sıklıkla, hasta-hekim etkileşimi, hastanın mevcut sorunları (psikolojik, sosyal ve/veya fiziksel) etrafında merkezlenir ve bu nedenle öfke, korku veya umutsuzluk duygularıyla şekillenir. Bu sorunlara yönelik çözümlere kolay ulaşılamaz, dolayısıyla duruma belirsizlik ve hayal kırıklığı katar. Bu tür koşullar altında sürekli olarak insanlarla çalışan hekim için, kronik stres duygusal olarak yıpratıcı olabilir ve tükenmişlik riski taşır (6).

Tükenmişlik, insanlar ile iş yapan mesleklerde sıklıkla görülen bir duygusal tükenme ve sinizm sendromudur. Tükenmişlik sendromunda en önemli sorun, artan duygusal

Çökkünlük hissidir. Duygusal kaynakları tükendikçe, çalışanlar psikolojik düzeyde artık kendilerinden veremeyeceklerini hissederler (6).

Bu çalışmada hekimlerde oluşan zor hasta algısını anlayabilmek için Samsun ilinde çalışan aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetleri sağlarken karşılaştıkları zor durumlar ve bu durumların mesleki tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi araştırılmak istenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Zor Hasta

2.1.1 Zor Hasta Kavramı

Zor kelimesi bir hasta için kullanıldığında çeşitli olumsuz çağrışımlara neden olur. Hastayı zor olarak nitelendirmek damgalama olarak da kabul edilebilmektedir. Zor hasta nedir sorusuna yıllarca farklı cevaplar verilmiştir. Literatürde herkes kendi tanımlamasını yaparak ortaya çeşitli tanımlamalar çıkmıştır. Zor hasta; sürekli gereksiz istekte bulunan, çok fazla soru soran, ağlayan, öfkeli/ agresif/ anksiyetesi olan, tedaviyi reddeden, ağrısı olan, cinsel davranışlarda bulunan ve özel durumları (görme, işitme, duyma problemi olan, bilinci kapalı) olan hastalar oluşturmaktadır. Mac Donald tarafından yapılan zor hasta tanımı; sağlık çalışanlarının zamanını istek, şikayet, uyum problemleriyle alan ve yapılması gereken işlere engel olan hasta grubu şeklindedir (7, 8).

Zor iletişim kurulan, stres veya kriz yaratan, anlamayan, anlaşılamayan, dinlemeyen, çok kolay bir şekilde saldırganlaşan, danışma hizmetinden tedaviye kadar sağlık kurumundaki her hizmeti eleştiren, tedaviyi ve verilen ilacı kullanmayı reddeden ve diğer birçok gerekçe ile insanlar zor, huysuz ve sorunlu olarak adlandırılabilir. Diğer bir tanımlama olarak verilen sağlık hizmetinin hiçbir ögesi ile uyum sağlayamayan kişi zor hasta olarak tanımlanabilir. Elder ve arkadaşları zor hastaya; kalbe ağrı veren hasta, Wilson; etrafında nefret uyandıran hasta şeklinde tanımlama yaparak bu hastalarında çevrelerinde uyandırdıkları hislere göre adlandırma yapmışlardır. Mayer'e göre kaba, uyumsuz, manipülatif, şüpheli, gibi özelliklerle de zor hasta tanımlanmaktadır (4, 9, 10).

Zor bir hasta genellikle işbirliği yapmayan, tedaviye yanıt vermeyen, talepkar, takdir etmeyen, genel olarak sevimsiz olarak tanımlanır (11). Sağlık personelinde hayal kırıklığı, suçluluk, endişe, hoşlanmama gibi olumsuz duygular uyandıran hastalar için zor hasta terimi kullanılır. Klinisyenler, bu hastalarla iletişim kurduktan sonra dayak yemiş gibi hissettiklerini, bunun da moral bozukluğuna sebebiyet verdiğini ve çalışma isteğinin düştüğünü bildirmişlerdir (12).

Psikiyatri kliniğinde zor hasta veya danışan kavramı terapistle olumlu aktarım oluşturamayan kişi olarak tanımlanabilir. Madde kötüye kullanımı sorunları olanlar,

kronik ruhsal bozuklukları olanlar, aşırı bağımlı danışanlar, inatçı hastalar, manipülatif hasta ve cinsel açıdan baştan çıkarıcı hasta tehlikeli davranışlar gösteren hastalar zor olarak nitelendirilmiştir (13).

Groves'a göre zor hastayı tanımlamak için dört kategori kullanılır. Bu kategoriler yapışkan hasta (*"dependent clinger"*), talepkar hasta (*"entitled demander"*), tedaviyi yönlendiren/reddeden hasta (*"manipulative help-rejecter"*), intihara meyilli hasta (*"self-destructive denier"*) şeklinde tanımlanabilir (14, 15).

2.1.2 Zor Hastaların Özellikleri

Klinisyenlerin yaklaşık olarak altı poliklinik hastasından birini zor olarak gördüğü, hastalar için sorunlu, sinir bozucu, sıkıntılı, nefret dolu, kara delik, kalbe acı veren durum şeklinde nitelendirdiği hastalar mevcuttur (16).

Hekimler, belirsiz semptomlarla başvurup tanı ve tedavinin zor olduğu hastalar, uygunsuz zamanda fazla vakit alıcı problemlerle başvuran hastalar, fazla talepkar olup minnettarlık ve güven duygusu olmayan hastaların davranışlarından rahatsızlık duyabilirler (17).

Zor olarak tanımlanan hastaların; akut ve kronik sorunlarla sık başvurduğu, daha fazla ilaç yazıldığı, daha fazla tetkik istendiği ve farklı bir görüş için daha sık sevk edildiği görülmüştür (18). Zor hastalar gerek finansal kaynakları tüketmesiyle gerekse hekimin zamanını çalması, duygusal enerjiyi tüketmesiyle sağlık sistemine karşı bir yük oluşturur(12) .

Zor olarak tanımlanan hastaların özellikleri arasında şikayetçi olması, fazla talepkar olması, zaman alıcı ve sinir bozucu davranışlarda bulunması, sık sık araması, manipülatif olması, kaba olması, mantıksız olması ve işbirlikçi olmayan davranışlar sergilemesi sayılabilir (8).

Gerrard ve Riddell zor hastaları kategorize etmiş ve bazı özellikler belirlemişlerdir. *Umutsuz vakalar*; sürekli ısrarla ilgi talep etmelerine rağmen verilen tıbbi desteği kabul etmeyen hasta tipleridir. *Aile içi problem*; hasta aile içinde yaşadığı problemler nedeniyle sıkıntı çekmektedir. Hastanın sorunlarını ailevi durumlardan ayırmak zordur. *Cezalandırıcı davranış*; hayali şikâyetleri olan bu tip zor hastalar hekimleri bu şikâyetlerinin gerçekliğine inandırdıkları zaman bu şikâyetleri daha da artırır.

Sağlık hizmetinin daha zor bir sürece girmesine neden olurlar. *Hekimin karakterine bağlı kişilik*; hekimin karakteri hastasını kendisine bağımlı hale getirebilir ve bu durum ortak bir hastalık yaşadıkları gibi bir yanılsamaya neden olabilir. *Kültür ve inanç farklılıkları*; hasta ve doktor arasında çevreleri ve inanışları arasındaki farklılıklar sürtüşmelere neden olabilir. *Dezavantaj, yoksulluk, yoksunluk*; belirli hastalık türlerinin görülme sıklığını artırdığından ve yoksunluğun kendisi de ilişkiyi daha yoksullaştırabilir. *Tıbbi karmaşıklık*; hastanın karışık ve kompleks hastalıklarının olması hekimi zorlayabilir. *Tıbbi ilişki*; sağlık çalışanı yakınları hasta olarak geldiklerinde ayrıcalık talep edebilirler. *Kötü, manipülatif, oyunlar oynayan*; bazı kötü niyetleri hastalar oyunlar oynayarak sağlık çalışanlarını birbirine düşürebilir. Sırlar; hastaların anlatmadıkları bu yüzden sağlık hizmetinde aksamalara ve güvensizliğe neden olan durumlardır (3).

Potter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda hastaların zor olmasına neden olan davranışsal problemleri sınıflandırmışlardır.

- Pasif davranış; kendileri için sorumluluk almayan tipte davranışlar sergileyen hastalar,
- Agresif davranış; tedavilerini yapan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına zarar veren türde davranışlar sergileyen hastalar,
- Bağımlı davranış; hekime veya tedaviye bağımlı olan hastalar,
- Uyumsuz davranış; tedaviye uymayan, kendi üzerine düşen görevleri yapmayan hastalar,
- Talepkar davranış; hekimin bilgisini, zamanını ve ilgisini sürekli olarak elde etmeye çalışan hastalar,
- Bilgili hasta; hastalıkları ile ilgili her şeyi bildiklerini düşünen veya yanlış bilgilendirilmiş olan hastalar,
- Manipülatif davranış; sağlık sistemini veya çalışanlarını kendi isteği yönünde yönlendiren hastalar,
- Güvensiz davranış; hekime güvenmeyen ve tedaviye şüpheyile yaklaşan hastalar,
- Güvenilmez davranış; randevuya geç gelen veya tedaviye katılmayan hastalar,

- Şüpheli davranış; birden fazla hekimle tedavi yürüten ve farklı sağlık profesyonellerinden çeşitli görüşler alan hastalar,
- İnkârcı davranış; sıkıntılarını ve sorunlarının ciddiyetini inkâr eden hastalar,
- Yüksek hasta performansı; verilen her tıbbi tedaviyi uygulayan ve bu konuda abartıya kaçan hastalar,
- Motivasyon düşüklüğü; sorunları hakkında hiçbir şey yapmaya istekli olmayan hastalar,
- Katastrofik (felaketçi) davranış; hep en kötüyü düşünen, karamsar ve negatif olan hastalar,
- Diğerleri; Tedaviden veya genel olarak hayattan memnun olmayan, yaşlı, kafası karışmış, çaresiz/umutsuz, fazla kaygılı, düşük benlik saygısı olan, takıntılı, aşırı konuşkan davranışlar sergileyen hastalardır (19).

Elder ve arkadaşları zor hastaların özelliklerini kendi yaptıkları çalışmada sınıflandırmışlardır (Tablo 1) (4).

Tablo 1.Hekimler tarafından tanımlanan zor hasta özellikleri

<i>Ana Problem</i>	<i>Tanımlayıcı Özellik</i>	<i>Tanımlayıcı Örnekleri</i>
<i>Davranışsal Problemler</i>	Sürekli Hasta Olma Davranışları	Çok Endişeli Hasta Sorunları Görmezden Gelen Hasta Uyuşmaz Hasta Aşırı Bağımlı Hasta Mesai Saatleri Dışında Ziyarette Bulunan Hasta Sorumluluktan Kaçan Hasta
	Talepkar Davranışlar	Kendi Bakımını Talep Eden Hasta Manipülatif Hasta
	Diğer Hasta Davranışları	Sızlanan Hasta Odaklanmamış Hasta Acil Servisi Suiistimal Eden Hasta Aile Çatışması Yaşayan Hasta Hastalığını Gizleyen Hasta Fazla Şikayetçi Hasta Yavaş Konuşan Hasta
	Çoklu Problemler	Birden Fazla Şikayeti Olan Hasta
<i>Tıbbi Problemler</i>	Ağrı, İlaç Problemleri	İlaç İsteyen Hasta Kronik Ağrısı Olan Hasta
	Psikiyatrik Problemler	Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Olan Hasta Madde Bağımlılığı Olan Hasta Bipolar Bozukluğu Olan Hasta
	Çeşitli Problemler	Zor Teşhis Edilen Hastalıklar İşçi Tazminatı Ortak Hastalık

Tablonun kaynağı: Elder ve ark., 2006: 536

2.1.3 Hastayı Zor Yapan Etmenler

Zor hasta tanımlanması ve özellikleri için literatürde çeşitli çalışmalar mevcuttur. Hasta hekim ilişkisinde yaşanan zorlukların çeşitli kaynakları olabilir. Bu kaynaklar hastanın kendisi, hekimin kişilik özellikleri ve sağlık hizmetinin sağlandığı çevre olabilir (1).

Zor hastanın zor olmasına neden olan üç faktör bulunmaktadır. Bunlar hasta, hekim ve hasta-hekim arasındaki etkileşimin oluşturduğu üçlüdür (20).

Hastaların, yaşadıkları çevre nedeniyle ellerinde olmayan sebepler (kültürel durumu, dili, sosyoekonomik durumu, değerleri vb.) zor olmalarına sebep olabilir. Bazı psikiyatrik veya kronik hastalıkları da (şizofreni, kişilik bozukluğu, madde ve alkol bağımlılığı, duygudurum bozuklukları, demans, kas-iskelet hastalığı, obezite, kanser vb.) hasta bakımını zorlaştıran nedenlerdir. Hastalar çevreleri ve medikal durumları kaynaklı özel ayrıcalıklar talep edebilir, kötü sözler söyleyebilir, kurallara uymak istemeyebilirler. Bazen tehditkar davranıp saldırganlaşabilirler. Bu durumda bu hastalarla başa çıkmak güç bir hal alır (21).

Hekimler üzerindeki baskılardan kaynaklı olarak hasta ve hekim ilişkisinde negatif durumlara sebep olabilirler. Kısa aralıklarla verilen randevu süreleri, tıbbi açıdan gereksiz tetkiklerden, hasta sevklerinden kaçınma ve daha ucuz tedavi alternatifleri seçme baskısı hekimleri psikolojik olarak zor durumda bırakabilir (21). Sağlık çalışanları tarafından zor hasta olarak etiketlenmek hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi zedeler. Hekimin psikososyal olarak kötü durumda olması bir hastayı zor olarak nitelendirmesine ve bu doğrultuda hasta ile ilişkisinde sıkıntılara neden olabilir. Bazı durumlarda zor olan hasta değil de hasta ile hekimin etkileşimidir (22). Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin sarsılması hastaların sağlık çalışanlarına duydukları güveni ve sağlık hizmetinin kalitesini azaltabilir. Güven duygusu, hastanın kaygısını azaltmada ve önemsenme duygusunu artırmada önemlidir ve hasta-hekim arasındaki ilişkinin işleyişini geliştirebilir. Azalan güvenin etkileri arasında daha düşük hasta-doktor memnuniyeti, artan randevu iptali, hastaların tanı testleri için artan talep, hastaların tedaviye uyumunun azalması gibi durumlar vardır. Bu da hasta-hekim etkileşimini zorlaştırır (23).

2.1.4 Zor Hasta ile İletişim

İletişim, sözlü konuşma veya diğer bilgi aktarım yöntemleri ile kişiler arası bilgi transferi olarak tanımlanabilir. İletişimin etkili olabilmesi için tarafların aktarılan bilgilerin amacını anlaması gerekir. Hasta ile hekim ilişkisinde etkili iletişim kritik öneme sahiptir. Bir sağlık hizmeti ortamında sağlık çalışanları, hasta bakımını en iyi şekilde koordine edebilmek için birbirleriyle doğru bir şekilde iletişim kurmalıdır (24). Sağlık çalışanları ve hastalar arasında etkisiz bir iletişim kurulması, yanlış tanımlara, hatalı ilaç kullanımlarına, tedavinin gecikmesine, hastaların yaralanmasına veya ölüme neden olabilir (25). Etkili hasta-hekim iletişimi, her iki tarafın memnuniyetini artırır, şikayetleri ve malpraktis iddialarını azaltır, hastaların fiziksel ve ruhani sağlıklarını artırır (26).

Hastalarla etkili iletişim, sağlık hizmetlerinin temel bileşeni olarak tanımlanmıştır. Doktorlar ve hastalar arasındaki etkileşim sırasında ortaya çıkan karmaşık süreçler, halen devam eden bilimsel araştırmaların konusudur. İletişim ile ilgili eğitim kanıta dayalı temelli olup son yıllarda bir tıp disiplini olarak gelişti ve tıp fakülte müfredatlarında yerini aldı (27).

Sağlıkta iletişimin doğru kurulabilmesi için karşılık çift yönlü anlayış gereklidir. Hastaların şikayetlerini eksiksiz bir şekilde hekime iletebilmeleri gerekmektedir. Hekimin, hastaların şikayetlerini tedavi edebilmek için bilgileri doğru kavraması ve yorumlaması gerekmektedir. Hekimin hastaların sağlıklarını korumak için koruyucu önlemleri nasıl alması gerektiğini düzgün bir şekilde anlatabilmesi gerekmektedir (24).

Zor hasta ilgili problemlerin başında iletişimin eksik veya bozuk olarak kurulması gelmektedir. Zor hasta tanımlamalarında iletişim kurulamayan hasta şeklinde açıklamalar mevcuttur (28).

Zor hastalarla sağlıklı ve doğru bir iletişim kurabilmek için iyi bir başlangıç yapılmalı, hastaya açık uçlu sorular sorulmalı, hastanın kendi cevaplarını vermesine izin verilmeli, hasta dikkatle dinlenmeli, hasta merkezli bir yaklaşım sergilenerek onun bakış açısından bakılmalı ve empati kurulmalıdır (29).

2.1.5 Zor Hasta Yönetimi

Hasta ve hekim arasındaki doğru bir iletişim kurulması, olabilecek sorunları önlemenin en basit ve etkili yoludur (30).

Zor hastaların tedavisine geçmişten günümüze çeşitli bakış açılarından yaklaşılmıştır. Bu durumla başa çıkmak için hekimlerin hastalarıyla ilgili olarak kendi duygularına bakmalarını sağlamak ilk adımlardan biridir (20).

Hasta ve hekim arasında güvene, empatiye ve dürüstlüğe dayalı sağlıklı bir ilişki, hastaların zor olarak nitelendirilmesine engel olur (12).

Zor hasta ile başedebilmek için saygın ve iş birliğinin olduğu, hekimin hastayı iyileştirmek için çabaladığı doktor-hasta ilişkisi olmalıdır. Hastanın açık, dürüst, itaatkar olması ve iyileşmek için motive olması, çabalaması ve memnuniyet göstermesi beklenir. Hekimin işinde yetkin, akıllı düşünen, karşısındakini dinleyen, empati kuran, yargılayıcı olmayan, zarar vermeyen taraf olması gerekir (31).

Literatürde zor hasta ile etkileşim sürecini kolay atlatabilmek için izlenecek farklı stratejiler mevcuttur. Önerilen stratejiler fazla külfetli gelebilir, fakat yaşanan deneyimler bunun uzun vadede maddi ve manevi yönden tasarruf sağlayacağını göstermiştir. Gillette'in zor durumlar ile başa çıkmada önerdiği yol şu şekildedir;

- I. Sorunu ortaya çıktığı an tespit etmek,
- II. Hastanın bakış açısını öğrenmek,
- III. Hastadan derinlemesine öykü almak,
- IV. Hastanın fizik muayenesini yapıp laboratuvar tetkiklerini istemek,
- V. Gerekli olan bütün testleri eksiksiz yapmak,
- VI. Hastaya vaktinde bilgilendirme yapmak,
- VII. Kademeli hedefler belirlemek,
- VIII. Düzenli randevular belirlemek,
- IX. Hasta ziyaretlerini kısa tutup verimli kullanmak,
- X. Hastaya el sıkışarak veya muayene ederek temas etmek,
- XI. Hastaya yapması gereken öneriler sunmak,
- XII. Hastaya verilecek tedaviyi dikkat ve özenle seçmek,
- XIII. Hastanın ailesi ve arkadaşları ile birlikte çalışmak,

XIV. Hekimin meslektaşları ve yardımcı sağlık personeli ile uyum içerisinde beraber çalışarak hastaya yardımcı olmasıdır (32).

Hastalar doktordan tarafından iyi bilgilendirildiklerinde daha memnun olurlar. Hastanın bakış açısına odaklanmak hasta memnuniyetini artırır. Memnuniyet aynı zamanda kişinin isteklerinin karşılanması ve endişelerinin giderilmesi ile de ilgilidir. Hastaların soru sormasına izin vermek, hastalar daha fazla istekte bulunmasa bile memnuniyeti artırabilir (33).

Zor hastaların özellikleri çeşit çeşit olabilir. Bazı hastalar daha öfkeli olabilir, sınırlarına hâkim olamayabilir. Özellikle saldırgan hasta ile baş etmek için izlenebilecek adımlar şu şekildedir;

- a) Destekleyici olmak, hastaya seçenekleri olduğunu ve bunların özelliklerini açıklamak,
- b) Hastanın kabalığı mazur görmek, durumunu anlamaya çalışmak,
- c) Telaşı olan hastaları bekletmemek,
- d) Hastayı yalnız bir şekilde ıssız bir ortamda görmemek,
- e) Hastayı küçümsememek veya hastayı azarlamamak (34).

Hastayla empati kurma, hastayı yargılamadan dinleme, hastaya sabır gösterme, direkt yaklaşım, zaman iyi yönetme, gerektiğinde hastayı konsülte etme, başka bir doktor önerisinde bulunma, alternatif tanı ve tedavi imkanları sağlama, şakalaşma, hastanın ailesini tedaviye dahil etme, hekimin bazı kişisel deneyimleri hastasıyla paylaşması gibi yöntemlerle hekimler zor hastalarla başa çıkmaya çalışmaktadır (15).

2.2 Mesleki Tükenmişlik Sendromu

2.2.1 Tükenmişlik Kavramı

ICD-11(Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) tükenmişliği; başarıyla idare edilemeyen kronik iş yeri stresinin neden olduğu bir sendrom olarak tanımlamaktadır. Kişide enerjinin yitilmesi veya bitkinlik hissi, kişinin işinden uzaklaşma isteği, işiyle ilgili olumsuzluk duygularının artması ve kişinin profesyonelliğinin azalması şeklinde boyutları vardır (35).

Tükenmişliğin profesyonel bir tehlike olarak ilk klinik tanımlanması, Freudenberger tarafından yapılmıştır. Sözlükteki anlamına göre tükenmişlik; enerji, güç veya

kaynakları fazla sarf ederek başarısız olmak, eskimek veya bitkin düşmek olarak tanımlanır. Mesleki anlamda kurumdaki bir personel iş stresi arttığında, işiyle ilgili hayal kırıklığı duyduğunda, meslektaşlarıyla sorun yaşadığında veya herhangi bir nedenle tükendiğinde çalışamaz hale gelebilir (36, 37).

Tükenmişlik; ICD-11'e göre mesleki bir olgu olarak yer değerlendirilmektedir, hayatın diğer alanlarında kullanılmamalıdır. Tıbbi bir durum olarak sınıflandırılmamıştır (35).

Edelwich ve arkadaşları tükenmişliğin dört aşamadan oluştuğunu söylemişlerdir. Bu dört aşama; ilk olarak işe başlangıçta kişinin mesleğine duyduğu coşku, sonrasında durgunluk, beklentilerinin karşılanmamasına bağlı hayal kırıklığı ve en son olarak artık işine karşı ilgisizlik olarak tanımlanır (38).

Bireylerin mesleki anlamda isteklerinde, değerlerinde azalma, yavaş yavaş ruhen yorulma, bitkinlik hissi, yaşadığı duygusal tükenme ve motivasyon kaybı tükenmişlik olarak adlandırılabilir (39).

Kişisel arzular ve idealler ile iş yerindeki yorucu koşullar arasındaki, birçok profesyonel kariyerin doğasında var olan stresten kaynaklanan kişisel/duygusal tükenme hissi, tükenmişlik tanımında olağan bir durumdur (37).

İş yerindeki üstesinden gelinmemiş kronik stres, günlük rutine boğulmak, beklentiler sonucunda hayal kırıklığa uğramak sonucu kişide oluşan durum tükenmişlik hissidir (40).

En bilindik tanım, tükenmişlik konusunda ölçek de geliştirmiş olan Maslach'a aittir. Kişinin mesleki anlamdan duygusal olarak tükenmesi, klinik olarak duyarsızlaşma ve kişisel başarıda kayıp şeklinde tanımlanabilir. Tükenmişlik bir tür iş stresi olarak kabul edilebilir (41).

2.2.2 Tükenmişliğin Nedenleri ve Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Tükenmişliğin nedenleri araştırıldığında başlangıçta daha çok kişisel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmüştür. Sonraki zamanlarda meslek ve iş ortamı ile ilgili özelliklerden kaynaklanabilecek örgütsel faktörlü bir sıkıntı olduğu kanaatine varılmıştır. Tükenmişlik nedenleri bireysel ve örgütsel olmak üzere iki konu başlığı altında toplanmıştır (42).

2.2.2.1 Bireysel Faktörler

Kişisel özelliklerden kaynaklanan nedenlerdir. Bazı sosyodemografik özelliklerin, bireylerin yaşamış olduğu tükenmişlikte katkısı olduğu gösterilmiştir. (43).

Cinsiyet; kadınlar ve erkekler arasında genellikle üç tükenmişlik alt boyutunun düzeylerinde farklılıklar vardır. Çoğunlukla kadınlar duygusal tükenmişlik boyutunda, erkeklerse duyarsızlaşma veya kişisel başarı düşüklüğü boyutunda yüksek tükenmişlik yaşamaktadır (43, 44).

Yaş; tükenmişlik ile yaş arasında ters orantı bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda gençlerde tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bildirilmektedir, daha tecrübeli ve ileri yaştaki çalışanların daha düşük düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma durumu gözlenmiştir (43).

Medeni durum; Evli bireylerin tükenmişlik durumları bekar veya boşanmış bireylere göre daha düşük düzeyde bulunmuştur (42).

Çocuk durumu; çocuk sahibi bireylerin daha düşük tükenmişlik düzeylerine sahip olduklarına dair bazı kanıtlar vardır (43).

Eğitim; konusunda çelişkili çalışmalar mevcuttur. Eğitim ile tükenmişlik düzeyinde çalışmaların büyük çoğunluğunda, eğitim seviyesi arttıkça tükenmişliğin azalacağı düşünülse de sonuçlar eğitim arttıkça tükenmişliğin de arttığı göstermektedir. Eğitim arttıkça sorumluluk, stres, kariyere ilişkin beklentiler artacağı için tükenmişlik de artar (44).

Kişilik yapısı; karakter olarak dürüst, idealist, odaklanmış, görev bilinci olan ve sorumluluklarını yerine getiren, işleri zamanında yapan, kaybetmekten hoşlanmayan, bencil, hızlı olan kişilerde tükenmişlik seviyesi yüksektir (45).

2.2.2.2 Örgütsel Faktörler

Maslach ve Leiter; tükenmişliğin örgütsel faktör kısmını, çalışma hayatının altı kısmı olarak tanımlamıştır. Bunlar; iş yükü, kontrol, ödüller, topluluk, adalet ve değerler şeklindedir. İnsanlar bu altı alanın bir kısmı veya tamamı ile çalışma ortamları arasında uyumsuzluk yaşarlarsa tükenmişlik gelişir (46).

İş yükü; duygusal tükenme ve iş yükünün artması arasında ilişki vardır. Fazla miktarda işten dolayı yeterli zaman ve desteğe sahip olmayan kişiler kronik yorgunluk çekerler. Bu da bitkinliğe, tükenmeye sebep olur (46).

Kontrol; kişinin işi üzerinde karar verebilme, seçim yapabilme, sorunları çözebilme ve sorumluluklarını yerine getirebilme becerisidir. Bunları yerine getirirken sorun çıkması durumunda kontrol eksikliği oluşur. Kontrol eksikliği daha fazla tükenmişlikle ilgilidir (44, 46).

Ödüller; bireyin katkılarına karşılık hem maddi hem manevi açıdan takdir edilmesidir. Kurumsal, finansal veya sosyal ödüllerin yetersiz olması durumunda kişinin tükenmişliğinin arttığı bildirilmiştir (44, 46).

Topluluk; sosyal çevreyi ifade etmektedir. Sosyal destek, genellikle tükenmişliğin daha düşük seviyede olmasıyla ilişkilidir (43, 44).

Adalet; topluluktaki herkes açısından eşitlik manasına gelir. Adil olunmadığında insanlarda öfke, kızgınlık, işten soğuma ve verimlilikte azalma görülebilmektedir (44).

Değerler; iyi ve kötü kavramlarına ilişkin sahip olunan düşüncelerdir. Kişisel ve kurumsal değerler arasında çatışma durumu olduğunda kişilerde tükenmişlik artar (44, 45).

2.2.3 Tükenmişliğin Belirtileri

Maslach'ın geliştirdiği ölçekte tükenmişlik üç boyutta değerlendirilir.

Kişisel başarı alt boyutunda; kişinin işine olan güven eksikliği vardır. Özellikle kişi kendini olumsuz olarak değerlendirme eğilimindedir. Bireyler kendilerinden ve işteki başarılarından hoşnut değiller. Profesyonel yeterliliğin veya başarının düşmesiyle kendini gösterebilir.

Duyarsızlaşma alt boyutu; kişinin danışanları hakkında sanki insan değil de nesnelermiş gibi negatif, alaycı duygu ve tutum geliştirmesidir.

Duygusal tükenme alt boyutu ise; tükenmişlik sendromunun önemli bir yönüdür. Duygusal kaynakların artan tüketimi ile bireyler manevi olarak artık kendilerini

bitmiş hissederler. Sonrasında fiziksel bitkinlik, uykusuzluk, artan madde kullanımı ve aile sorunları gibi problemler ortaya çıkmaktadır (6, 39, 47).

Genel olarak tükenmişliğin belirtileri fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olarak üç başlıkta toplanabilir (48).

Tablo 2. Tükenmişliğin belirtileri

Fiziksel Belirtiler	Psikolojik Belirtiler	Davranışsal Belirtiler
• enerji kaybı • yorgunluk • güçsüzlük • uyku bozuklukları • yeme bozuklukları • baş ağrısı • vücut direncinin düşmesi • kas ağrıları veya krampları • kilo alma veya verme • nefes darlığı, taşikardi, taşipne • cilt lezyonları	• hayal kırıklığı • anksiyete veya depresyon • ani öfke problemi • bilişsel işlevlerde azalma • benlik saygısında azalma • karar vermekte güçlük • köşeye kısılmış hissetmek • ağlama, düşük enerji • umutsuzluk, çaresizlik	• düşük iş performansı • işe geç kalma veya hiç gelmeme • görevini ihmal etme • iş arkadaşlarıyla sorun yaşama • iş yeri kazaları • sigarayı fazla kullanma • kafeini fazla kullanma • madde kullanımı

(49) (48) (50)

2.2.4 Hekimlerde Tükenmişlik

Genellikle tükenmişlik sosyal hizmet veya sağlık hizmetleri sunan kişilerde (sağlık çalışanları, polis memurları, avukatlar, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, yöneticiler vb.) daha çok görülmektedir. Hekimlik, tükenmişlik açısından yüksek risk taşıyan bir meslektir (51).

Hekimlik mesleğinin insanların hayatlarını kurtarabilmesinin yanında, en ufak bir hatada hastanın zarar görmesi gibi bir durumun olması meslek stresini artırmaktadır. Yine aynı şekilde uzun çalışma saatleri, tatil zamanlarında çalışma zorunluluğu mesleği zorlaştıran etmenlerdir (52).

Tükenmişlik, iş performansı ve bağlılığının azalması ile ilişkilidir. Pratisyen hekimler arasında %25 - 60 arasında bir oranda görülmektedir (53).

Doktorlarda tükenmişlik için uzmanlık eğitimi yüksek riskli dönemlerdir. İç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, cerrahi birimler gibi uzmanlık dallarında çalışan araştırma görevlilerinin, diğer uzmanlık dallarına göre tükenmişlik riskinin daha yüksek sahip olduğu bulunmuştur. Tükenmişlik sadece hekimi değil etkili hasta bakımını da etkiler (51, 54).

Yoğun bakım doktorları kritik hasta bakımı açısından fazlaca strese maruz kalabilirler. Yapılan bir çalışmada İngiltere'deki yoğun bakım ünitesi doktorlarının yaklaşık üçte birinin sıkıntı çektiğini ve %10'unda depresif belirtiler olduğunu bildirmiştir (55).

Kanada'da aile hekimliği uzmanlık asistanlarıyla yapılan araştırmada, tükenmişliğin sebebi olan nedenler iş yükünün fazlalığı, aile hekimliğine yeterince değer verilememesi, özerklik eksikliği ve günlük yaşantı-iş dengesinin bozulması olarak bulunmuştur (56).

Tükenmişlik için kullanılan bir metafor da enerji hesabıdır. Tükenmişlik durumu pozitif ve negatif enerjinin dengesinin bozulmasıyla ortaya çıkar. Liderlik becerisi, kaliteli ve doğru hasta bakımı, empati yapabilmek pozitif enerji dengesine dayanır. Fakat bu dengenin korunması hekimin çalışma şartlarında görmezden gelinebilmekte, bu durum fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak yorulmaya ve enerji rezervlerini bitmesine ve tükenmişlik için risklerin artmasına neden olur (57).

2.2.5 Tükenmişlikle Mücadele Yolları

Tükenmişlik terim olarak 1974 yılında Freudenberger tarafından tanımlanırken, 1976 yılında Maslach ve Jackson tarafından sendrom olarak isimlendirilmiştir (58).

Tükenmişlik ve olumsuz etkilerini minimuma indirebilmek için bazı stratejiler geliştirilmiştir. Bu stratejiler birey merkezli ve durum merkezli olmak üzere ikiye ayrılır (59).

Müdahale stratejilerinden bazıları tükenmişliği önlemeye bazıları da tedavi etmeye odaklanmıştır. Stratejilerin çoğu bireysel odaklı olmasına rağmen durumsal ve

örgütsel faktörlerin tükenmişlikteki rolünün bireysel faktörlerden fazla olduğu ortaya çıkmıştır (60).

Tüm bu stratejiler, zaman sıkıntısı, psikolojik ve fiziksel enerji kaynaklarının azalması ile mücadele olmak üzere ortak bir hedefi paylaşır (59).

2.2.5.1 Birey Merkezli Yaklaşım

Bireysel stratejiler, insanların bir sorunu çözebilmek ya da bir amaca ulaşmak için kullandıkları yöntemleri veya yaptıkları planları anlatmaktadır. Bireyler bir işe başlarken o işin risklerini, zorluklarını bilmelidir, kendisine en uygun bölümde çalışmalıdır. Kişiler gereksiz sorumluluk almamalı, sınırlarını bilmelidir. İş – günlük yaşam dengesi iyi korunmalı, kişiler gerektiğinde dinlenmelidir. Özellikle tükenmenin belirtileri iyi bilinmeli ve yardım istemenin normal olduğu kabul edilmelidir (59, 61).

2.2.5.2 Durum Merkezli Yaklaşım

Tükenmişlikle mücadele etmek için bireysel odaklı olmak kadar iş odaklı olmak da önemlidir. Kişiler, yaptıkları işin önemli olduğunu hissedерlerse ya da çabalarının karşılığında ödül aldıklarında, hoşgörölü bir yönetim anlayışının sergilendiğı yerlerde iş yükünü tolere edebilirler. İnsanlar, iş yerinde eşitsizlikler olmadığında, bölümlerin personel planının iyi yapılp, gerektiğinde sıkıntılı durumlara düşmeden olaylara müdahale edildiğinde tükenmede önemli bir azalma görölür. Çalışanların motivasyonu arttırmak ve kendilerini geliştirebilecekleri eğitim imkanları sunulması enerjiyi yükselterek tükenmişlik riskini azaltır. Bireylerin görev ve yetkilerinin açık ve net olarak belirlenmesi, çalışma saatlerinin uygunluğu, tatil sürelerinin yeterliliğı konusunda gerekli özen gösterildiğinde insanların tükenme nedenleri azaltılmış olur. Bireysel mücadele de durum merkezli mücadele de kendi başına yetersizdir, etkili olan her ikisi entegre bir şekilde uyguladığında gerçekleşir (60, 61).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

Bu çalışma Şubat 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında, Samsun ili aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler ile yürütüldü.

3.2 Araştırmanın Tipi

Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir anket araştırmasıdır. Samsun ili Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan aile hekimlerine online anket formu internet yoluyla ve yüz yüze ulaşılarak uygulanmıştır. Anketi uygulamadan önce araştırmacı tarafından araştırmanın amacına ilişkin çalışmaya katılan bireylere bilgi verilerek onamları alınmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Samsun iline bağlı aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler olup; örneklem büyüklüğü G-power ile hesaplanmış ve güvenilirlik %95 alınıp %50 olabilirlik oranına göre değerlendirildiğinde örneklem büyüklüğü en az 111 kişi olarak hesaplanmıştır (EK-5) Ancak eksik veri olabileceği düşünüldüğü için 122 kişi araştırmaya alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketi dolduran 122 aile hekimi çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.4 Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Çalışmamız online ve yüz yüze anket formu kullanılarak yapılmıştır. Anket formu, birinci bölüm çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amaçlı sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm zor hasta kavramı için hazırlanmış zor durumlar anketi ve hekimlerin zor hasta olarak tanımladıkları kişilerin sosyokültürel özelliklerinden oluşmaktadır (EK-1). Üçüncü bölüm ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği bulunmaktadır (EK-2).

3.4.1 Sosyodemografik Bilgiler Bölümü

Anketin başlangıç kısmında çalışmaya katılan kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte çalışma yılı, günlük bakılan hasta sayısı, çalışılan bölge, çalışma koşullarından

memnuniyet durumu, hasta ile iletişimden memnuniyet durumu ve zor durumlara karşı memnuniyet öncesi alınan eğitimden memnuniyet durumu sorgulanmıştır.

3.4.2 Zor Durumlar Anketi

Bu anket kısmında katılımcının klinik tecrübelerini değerlendirmek amacıyla son 6 ayda karşılaştığı zor durumlar sorgulanmıştır. Çalışmacı tarafından oluşturulan 22 soruluk zor hasta kavramı ile karşılaşma durumu beşli likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. (1:Çok nadir, 2:Nadir, 3:Bazen, 4:Sık, 5:Çok sık)

Sonraki bölümde son 6 ayda karşılaşılan zor hastaların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu ve meslekleri üçlü likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. (1:Nadir, 2:Bazen, 3:Sık)

3.4.3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik sendromunun çeşitli yönlerini değerlendirmek amacıyla 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin, Ergin tarafından 1992 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin orijinalinde 7'li likert tipi ölçek kullanılmıştır, Türkçe uyarlamasında 5'li likert tipi ölçek kullanılmıştır. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmıştır (0:hiçbir zaman, 1:nadiren, 2:bazen, 3:çoğu zaman, 4:her zaman). Ölçek toplamda 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt ölçekler duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olarak sınıflanmıştır. Duygusal tükenme boyutunda 9 madde (1,2,3,6,8,13,14,16,20), duyarsızlaşma boyutunda 5 madde (5,10,11,15,22) ve kişisel başarı boyutunda 8 madde (4,7,9,12,17,18,19,21) bulunmaktadır. Ergin'in yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında KB, DY, ve DT alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla; 0.72, 0.65 ve 0.83 bulmuştur. Değerlendirme yapılırken alt boyutlardan alınan puanlar hesaplanır, toplam bir puan elde edilmez. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puanlarının yüksekliği, kişisel başarı puanının düşüklüğü tükenmişliğin yüksek olduğunu gösterir (6, 45, 62).

3.5 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. En önemli kısıtlılıklardan biri zaman kısıtlılamasıdır. Araştırmanın tamamlanabilmesi için belirli bir süre tanınmıştır.

Çalışma kapsamında, katılımcıların belirli bir zaman aralığında çalışmaya dahil edildiği düşünüldüğünde, dönemsel ya da mevsimsel olarak bireyler arasında fark oluşturabilecek, ancak öngörülemeyen etmenler bulunmaktadır. Bu faktörler, araştırma sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışmanın başka bir kısıtlılığı yer kısıtlamasıdır. Sadece belirli bir il ve çevresinde yapılan çalışma bölgesel farklılıkları içermediğinden çalışmayı olumsuz yönde etkileyebilir.

3.6 İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 25.0 programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı değişkenler ortalama $\pm$ ss, nominal değişkenler frekans ve yüzde olarak verildi. Parametrik test varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için normallik testi yapıldı. Bu testin sonucuna göre, normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında bağımsız t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve ikili karşılaştırmalarında post-hoc olarak LSD kullanıldı Farklılıklar için $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

3.7 Etik İzin

OMÜ KAEK 2022/582 karar nolu çalışmanın etik izni 12.01.2023 tarihinde Ondokuz Mayıs Üniversite Hastanesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın B.30.2.ODM.0.20.08/10 sayılı yazısı ile onaylanarak alınmıştır. (EK-3)

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 122 kişinin %52,5'i erkek (n=64), %86,9'u evli (n=106) ve %73'ü il merkezinde çalışırken (n=89), %23,8'i ilçede (n=29) çalışmaktaydı. Çalışma koşullarından memnun olanların oranı %36,1 (n=44), memnun değilim diyenlerin oranı %26,2 (n=32) iken %5,7'si (n=7) çok memnun olduğunu ve %7,4'ü (n=9) ise hiç memnun olmadığını ifade etti. Hasta ile iletişim konusunda mezuniyet öncesi aldığı eğitimin yeterliliğinden memnun olduğunu ifade edenlerin oranı %34,4 (n=42) iken, %9,8'i (n=12) ise hiç memnun olmadığını ifade etti. Zor durumlara karşı mezuniyet öncesi aldığı eğitimin yeterliliğinden memnun değilim diye ifade edenler %36,1 (n=44) iken, %4,1'i (n=5) çok memnun olduğunu ifade etti (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve memnuniyet durumları

	Kategori	n (%)
Cinsiyet	Erkek	64 (52,5)
	Kadın	58 (47,5)
Medeni durum	Evli	106 (86,9)
	Evli değil	16 (13,1)
Çalıştığınız bölge	İl	89 (73)
	İlçe	29 (23,8)
	Kırsal	4 (3,3)
Çalışma koşullarından memnuniyet	Hiç memnun değilim	9 (7,4)
	Memnun değilim	32 (26,2)
	Fikrim yok	30 (24,6)
	Memnunum	44 (36,1)
	Çok memnunum	7 (5,7)
Hasta ile iletişim konusunda mezuniyet öncesi alınan eğitimin yeterliliği	Hiç memnun değilim	12 (9,8)
	Memnun değilim	30 (24,6)
	Fikrim yok	26 (21,3)
	Memnunum	42 (34,4)
	Çok memnunum	12 (9,8)
Zor durumlara karşı mezuniyet öncesi alınan eğitimin yeterliliği	Hiç memnun değilim	22 (18)
	Memnun değilim	44 (36,1)
	Fikrim yok	24 (19,7)
	Memnunum	27 (22,1)
	Çok memnunum	5 (4,1)

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 45,12±10,98 yılı. Katılımcıların meslekteki çalışma sürelerinin ortalaması 20,37±11,19 yıl ve hekimlerin gün içinde baktıkları hasta sayılarının ortalaması ise 64,49±21,28 idi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri

	Ort±Ss	Min	Max
Yaş	45,12±10,98	27	65
Çalışma süresi	20,37±11,19	3	42
Günlük bakılan hasta sayısı	64,49±21,28	10	140

Katılımcıların son altı ay içinde karşılaştıkları zor durumlara sebebiyet veren hasta veya hasta yakınlarının cinsiyete göre karşılaşma sıklıklarına bakıldığında, erkek kategorisinde nadir zor durum yaşarım diye ifade edenler %25,4 (n=31) iken, sık olarak ifade edenler %32,8 (n=40) olarak bulundu. Kadınlarda ise nadir olarak ifade edenlerin oranı %36,9 (n=45) iken, sık olarak ifade edenlerin oranı %18'di (n=22) (Tablo 5).

Tablo 5. Son altı ay içinde karşılaşılan zor durumlarda söz konusu olan hastanın/hasta yakınlarının cinsiyete göre sıklıkları

	Kategori	n (%)
Erkek	Nadir	31 (25,4)
	Bazen	51 (41,8)
	Sık	40 (32,8)
Kadın	Nadir	45 (36,9)
	Bazen	55 (45,1)
	Sık	22 (18)

Katılımcıların son altı ay içinde karşılaştıkları zor durumlara sebebiyet veren hasta veya hasta yakınlarının yaş gruplarına göre karşılaşma sıklıklarına bakıldığında, çocuk grubundaki hasta ile nadir zor durum yaşayanlar %75,4 (n=92) iken, sık zor durum yaşayanlar %6,6'ydı (n=8). Adölesan grupta nadir olarak zor durum yaşayanlar %47,5 (n=58) ve sık zor durum yaşayanlar ise %13,1'di (n=16). Yetişkin grupta nadir olarak zor durum yaşayanlar %20,5 (n=25) ve sık zor durum yaşayanlar ise %47,5'di (n=58). Geriatrik grupta nadir olarak zor durum yaşayanlar %44,3 (n=54) ve sık zor durum yaşayanlar ise %21,3'dü (n=26) (Tablo 6).

Tablo 6. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların/hasta yakınlarının yaş gruplarını sıklıkları

	Kategori	n (%)
Çocuk	Nadir	92 (75,4)
	Bazen	22 (18)
	Sık	8 (6,6)
Adölesan	Nadir	58 (47,5)
	Bazen	48 (39,3)
	Sık	16 (13,1)
Yetişkin	Nadir	25 (20,5)
	Bazen	39 (32)
	Sık	58 (47,5)
Geriatrik	Nadir	54 (44,3)
	Bazen	42 (34,4)
	Sık	26 (21,3)

Katılımcıların son altı ay içinde karşılaştıkları zor durumlara sebebiyet veren hasta veya hasta yakınlarının medeni durumlarına göre karşılaşma sıklıklarına bakıldığında, bekar olanlarla nadiren zor durum yaşayanlar %49,2 (n=60) iken, sık zor durum yaşayanlar %13,1'di (n=16). Evli olanlar ile nadiren zor durum yaşayanlar %30,3 (n=37) iken, sık zor durum yaşayanlar %31,1'di (n=38). Dul olanlar nadiren zor durum yaşayanlar %44,3 (n=54) iken, sıklıkla zor durum yaşayanlar ise %13,9'du (n=17). Karşılaştıkları zor durumdaki hasta veya hasta yakınının medeni durumunu bilmedikleri kişilerle nadiren zor durum yaşarım diye ifade edenler %59 (n=72) iken, sık zor durum yaşarım diye ifade edenler ise %20,5'di (n=25) (Tablo 7).

Tablo 7. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının medeni durumlarının sıklıkları

	Kategori	n (%)
Bekar	Nadir	60 (49,2)
	Bazen	46 (37,7)
	Sık	16 (13,1)
Evli	Nadir	37 (30,3)
	Bazen	47 (38,5)
	Sık	38 (31,1)
Dul	Nadir	54 (44,3)
	Bazen	51 (41,8)
	Sık	17 (13,9)
Bilmiyorum	Nadir	72 (59)
	Bazen	25 (20,5)
	Sık	25 (20,5)

Katılımcıların son altı ay içinde karşılaştıkları zor durumlara sebebiyet veren hasta veya hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre karşılaşma sıklıklarına bakıldığında, okur yazar olmayanlar ile nadiren zor durum yaşarım diye ifade edenlerin oranı %60,7 (n=74) iken, sıklıkla zor durum yaşarım diye ifade edenlerin oranı ise %16,4'dü (n=20). Okur yazar olan kişiler ile nadiren zor durum yaşadıklarını ifade edenlerin oranı %45,9 (n=56), sıklıkla zor durumla karşılaşanlar ise %16,4'dü (n=20). İlköğretim mezunu olan kişilerle nadiren zor durum yaşayanların oranı %33,6 (n=41), sıklıkla zor durum yaşayanların oranı ise %23,8'di (n=29). Lise mezunları ile nadiren zor durum yaşadıklarını ifade edenleri %28,7 (n=35), sıklıkla zor durum yaşayanlar ise %27,9'du (n=34). Üniversite mezunu olan kişilerle nadiren zor durum yaşayanlar %44,3 (n=54) iken, sıklıkla zor durum yaşayanlar ise %20,5'du (n=25). Karşılaştıkları zor durumdaki hasta veya hasta yakınının eğitim

durumunu bilmedikleri kişilerle nadiren zor durum yaşarım diye ifade edenler %59,8 (n=73) iken, sıklıkla zor durum yaşarım şeklinde ifade edenler %18,9 (n=23) idi (Tablo 8).

Tablo 8. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının eğitim durumlarının sıklıkları

	Kategori	n (%)
Okur yazar değil	Nadir	74 (60,7)
	Bazen	28 (23)
	Sık	20 (16,4)
Okur yazar	Nadir	56 (45,9)
	Bazen	46 (37,7)
	Sık	20 (16,4)
İlk öğretim	Nadir	41 (33,6)
	Bazen	52 (42,6)
	Sık	29 (23,8)
Lise	Nadir	35 (28,7)
	Bazen	53 (43,4)
	Sık	34 (27,9)
Üniversite	Nadir	54 (44,3)
	Bazen	43 (35,2)
	Sık	25 (20,5)
Bilmiyorum	Nadir	73 (59,8)
	Bazen	26 (21,3)
	Sık	23 (18,9)

Katılımcıların son altı ay içinde karşılaştıkları zor durumlara sebebiyet veren hasta veya hasta yakınlarının mesleki durumlarına göre karşılaşma sıklıklarına bakıldığında, çalışmayanlar ile nadiren zor durum yaşarım diye ifade edenlerin oranı %41,8 (n=51) iken, sıklıkla zor durum yaşarım diye ifade edenlerin oranı ise %30,3'dü (n=37). Memur olan kişiler ile nadiren zor durum yaşadıklarını ifade edenlerin oranı %39,3 (n=48), sıklıkla zor durumla karşılaşanlar ise %23,8'di (n=29). Serbest meslek icra eden kişilerle nadiren zor durum yaşayanların oranı %36,1 (n=44), sıklıkla zor durum yaşayanların oranı ise %29,5'di (n=36). Çiftçi veya işçi ile nadiren zor durum yaşadıklarını ifade edenleri %59,0 (n=72), sıklıkla zor durum yaşayanlar ise %12,3'dü (n=15). Emekli olan kişilerle nadiren zor durum yaşayanlar %47,5 (n=58) iken, sıklıkla zor durum yaşayanlar ise %17,2 idi (n=21). Karşılaştıkları zor durumdaki hasta veya hasta yakınının mesleki durumunu bilmedikleri kişilerle nadiren zor durum yaşarım diye ifade edenler %60,7 (n=74) iken, sıklıkla zor durum yaşarım şeklinde ifade edenler %18,9'du (n=23) (Tablo 9).

Tablo 9. Karşılaşılan zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının mesleki durumlarının sıklıkları

	Kategori	n (%)
Çalışmıyor	Nadir	51 (41,8)
	Bazen	34 (27,9)
	Sık	37 (30,3)
Memur	Nadir	48 (39,3)
	Bazen	45 (36,9)
	Sık	29 (23,8)
Serbest Meslek	Nadir	44 (36,1)
	Bazen	42 (34,4)
	Sık	36 (29,5)
Çiftçi/İşçi	Nadir	72 (59,0)
	Bazen	35 (28,7)
	Sık	15 (12,3)
Emekli	Nadir	58 (47,5)
	Bazen	43 (35,2)
	Sık	21 (17,2)
Bilmiyorum	Nadir	74 (60,7)
	Bazen	25 (20,5)
	Sık	23 (18,9)

Katılımcıların bazı sosyodemografik bilgileri ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması için Bağımsız değişkenler t testi kullanıldı. Katılımcıların cinsiyeti ile yaş ortalaması ($p<0,001$), meslekteki çalışma süresi ($p=0,001$) ve zor durumlara karşı mezuniyet öncesi eğitimin yeterliliği ($p=0,011$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Yaş ortalaması ($48,41\pm10,39$), Meslekte çalışma süresi ($23,42\pm10,82$) ve zor durumlara karşı mezuniyet öncesi eğitimin yeterliliği ($2,83\pm1,20$) erkek katılımcılarda daha yüksek bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort±Ss.	t	p
Yaşınız	Erkek	64	48,41±10,39	3,643	<0,001
	Kadın	58	41,5±10,54		
Meslekte çalışma süresi	Erkek	64	23,42±10,82	3,294	0,001
	Kadın	58	17±10,68		
Günlük bakılan hasta	Erkek	64	64,45±18,15	-0,021	0,983
	Kadın	58	64,53±24,44		
Çalışma koşullarından memnuniyet	Erkek	64	3,16±1,10	0,980	0,329
	Kadın	58	2,97±1,04		
Hasta ile iletişim konusunda mezuniyet öncesi eğitimin yeterliliği	Erkek	64	3,11±1,20	0,108	0,914
	Kadın	58	3,09±1,16		
Zor durumlara karşı mezuniyet öncesi eğitimin yeterliliği	Erkek	64	2,83±1,20	2,580	0,011
	Kadın	58	2,31±1,01		

*Bağımsız değişkenler-t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni durum ve çalıştıkları bölge ile cinsiyetleri arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını belirlemek için ki-kare testi yapıldı. Medeni durum

($X^2=1,652$, $p=0,199$) ve çalıştığı bölge ($X^2=1,514$, $p=0,491$) cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların medeni durum ve çalıştıkları bölgeler ile cinsiyetlerin karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	X^2	p
Medeni durum	Evli	58	48	1,652	0,199*
	Evli değil	6	10		
Çalıştığınız Bölge	İl	44	45	1,514	0,491**
	İlçe	17	12		
	Kırsal	3	1		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

**Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Katılımcıların zor durumlar anketinin ifadelerinden aldıkları puan ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi belirlemek için bağımsız değişkenler t testi kullanıldı. İyi iletişim kurulamayan hasta/hasta yakını ($p=0,013$), anamnez veremeyen ya da yetersiz veren hasta/hasta yakını ($p=0,010$), iş birliği yapmayan hasta/hasta yakını ($p=0,033$), klinik durumu ağır ve karmaşık olan hasta/hasta yakını ($p=0,037$), ihtiyacından fazla zaman ve tıbbi bakım talebi ($p=0,013$), usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta/hasta yakını (rapor, ilaç yazımı vb.) ($p<0,001$), önerilen tedavinin/girişimin reddi (aşı vb.) ($p=0,008$), öfkeli hasta/hasta yakını ($p=0,002$), sözel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını ($p=0,001$), psikolojik şiddet uygulayan hasta/hasta yakını ($p=0,33$), Evde bakım veya palyatif hasta/hasta yakını ($p=0,025$), Fiziksel engeli olan hasta/hasta yakını ($p=0,013$), Ruhsal engeli olan hasta/hasta yakını ($p=0,002$), Doktor ve hasta arasındaki saygıya dayalı iletişimin kurulamaması (Laubali, küstah, davranışlar) ($p=0,005$), Negatif cinsiyetçi yaklaşımlar ($p=0,015$), ifadeleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diğer ifadelerde ise istatistiksel anlamlı fark bulunamadı (Tablo 10).

Kadınların, iyi iletişim kurulamayan hasta/hasta yakını ($3,31\pm0,99$), anamnez veremeyen ya da yetersiz veren hasta/hasta yakını ($3,45\pm0,88$), iş birliği yapmayan hasta/hasta yakını ($2,98\pm0,98$), klinik durumu ağır ve karmaşık olan hasta/hasta yakını ($2,78\pm0,88$), ihtiyacından fazla zaman ve tıbbi bakım talebi ($3,34\pm1,05$), usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta/hasta yakını (rapor, ilaç yazımı vb.) ($4,09\pm0,88$), önerilen tedavinin/girişimin reddi (aşı vb.) ($2,52\pm0,80$), öfkeli hasta/hasta yakını ($3,00\pm0,99$), sözel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını ($2,72\pm1,04$), psikolojik şiddet uygulayan hasta/hasta yakını ($2,41\pm1,11$), Evde bakım veya palyatif hasta/hasta yakını ($2,41\pm0,86$), Fiziksel engeli olan hasta/hasta yakını ($2,48\pm0,75$), Ruhsal engeli olan hasta/hasta yakını ($2,66\pm0,81$), Doktor ve hasta

arasındaki saygıya dayalı iletişimin kurulamaması (Laubali, küstah, davranışlar) ($2,93 \pm 1,15$), Negatif cinsiyetçi yaklaşımlar ($2,28 \pm 1,25$), ifadelerinden aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Kadınlar ve erkekler en yüksek ortalama puanı gereksiz tetkik veya girişim isteğinde bulunan hasta/hasta yakını ifadesinden aldıkları saptandı ($K=4,12 \pm 0,80$, $E=3,86 \pm 0,81$) (Tablo 12).

Tablo 12. Zor durumların puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort±Ss.	t	p
İyi iletişim kurulamayan hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,86±0,97	-2,528	0,013
	Kadın	58	3,31±0,99		
Anamnez veremeyen ya da yetersiz veren hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,97±1,11	-2,620	0,010
	Kadın	58	3,45±0,88		
İş birliği yapmayan hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,58±1,08	-2,156	0,033
	Kadın	58	2,98±0,98		
Klinik durumu ağır ve karmaşık olan hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,44±0,89	-2,111	0,037
	Kadın	58	2,78±0,88		
Tedavisi/rehabilitasyonu için bir üst kuruma sevk gerçekleştirilemeyen hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,20±0,89	-1,463	0,146
	Kadın	58	2,43±0,82		
İhtiyacından fazla zaman ve tıbbi bakım talebi	Erkek	64	2,89±0,94	-2,512	0,013
	Kadın	58	3,34±1,05		
Gereksiz tetkik veya girişim isteğinde bulunan hasta/hasta yakını	Erkek	64	3,86±0,81	-1,789	0,076
	Kadın	58	4,12±0,80		
Usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta/hasta yakını (rapor, ilaç yazımı vb.)	Erkek	64	3,39±1,15	-3,765	<0,001
	Kadın	58	4,09±0,88		
Önerilen tedavinin/girişimin reddi (aşı vb.)	Erkek	64	2,11±0,88	-2,678	0,008
	Kadın	58	2,52±0,80		
Sisteme veya ekibe güven eksikliğini belirtilmesi (sık doktor veya tedavi değiştirme vb.)	Erkek	64	2,22±1,02	-0,947	0,346
	Kadın	58	2,40±1,06		
Tıbbi bilgi yetersizliği iması	Erkek	64	1,66±0,82	-0,679	0,499
	Kadın	58	1,76±0,84		
Düşük kişisel hijyene veya bakıma sahip hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,77±1,08	-0,412	0,681
	Kadın	58	2,84±1,04		
Öfkeli hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,41±1,03	-3,229	0,002
	Kadın	58	3,00±0,99		
Sözel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,09±0,97	-3,462	0,001
	Kadın	58	2,72±1,04		
Fiziksel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını	Erkek	64	1,41±0,77	-0,642	0,522
	Kadın	58	1,50±0,84		
Psikolojik şiddet uygulayan hasta/hasta yakını	Erkek	64	1,98±1,09	-2,154	0,033
	Kadın	58	2,41±1,11		
Terminal dönemdeki (ölmekte olan) hasta/hasta yakını	Erkek	64	1,78±0,74	-1,507	0,134
	Kadın	58	2,00±0,86		
Evde bakım veya palyatif hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,06±0,85	-2,265	0,025
	Kadın	58	2,41±0,86		
Fiziksel engeli olan hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,13±0,81	-2,522	0,013
	Kadın	58	2,48±0,75		
Ruhsal engeli olan hasta/hasta yakını	Erkek	64	2,19±0,81	-3,182	0,002
	Kadın	58	2,66±0,81		
Doktor ve hasta arasındaki saygıya dayalı iletişimin kurulamaması (Laubali, küstah, davranışlar)	Erkek	64	2,33±1,16	-2,882	0,005
	Kadın	58	2,93±1,15		
Negatif cinsiyetçi yaklaşımlar	Erkek	64	1,77±1,00	-2,465	0,015
	Kadın	58	2,28±1,25		

Katılımcıların bireysel olarak MTÖ alt boyutları ve zor durumlar anketinin puanı hesaplandı. Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutundan alınan puan ortalaması $19,69 \pm 5,03$, duyarsızlaşma alt boyutundan alınan puan ortalaması $5,87 \pm 3,67$, duygusal tükenme alt boyutundan alınan puan ortalaması $17,43 \pm 7,71$, zor durumlar anketinden alınan toplam puan ortalaması $56,04 \pm 13,54$ bulundu (Tablo 13).

Tablo 13. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve zor durumlar anketi ortalamaları

	n	Min	Max	Ort±Ss.
MTÖ-KB	122	7	31	$19,69 \pm 5,03$
MTÖ-DY	122	0	15	$5,87 \pm 3,67$
MTÖ-DT	122	2	34	$17,43 \pm 7,71$
Zor Durumlar Anketi	122	26	87	$56,04 \pm 13,54$

MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı alt boyutu

MTÖ-DY: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duyarsızlaşma alt boyutu

MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duygusal Tükenme alt boyutu

Katılımcıların zor durumlar anketinden aldıkları toplam puan ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması için bağımsız değişkenler t-testi kullanıldı. Kadınların ortalama puanları $60,41 \pm 12,69$ bulundu. Kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,001$) (Tablo 14).

Tablo 14. Zor durumlar anketi toplam puanının katılımcıların cinsiyetleri ile karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort±Ss.	t	p
ZD anketi	Erkek	64	$52,08 \pm 13,14$		
	Kadın	58	$60,41 \pm 12,69$		
				-3,556	0,001

* Bağımsız değişkenler-t testi kullanılmıştır.

ZD anketi: Zor durumlar anketi

Katılımcıların MTÖ ve alt boyutları ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması için bağımsız değişkenler t testi kullanıldı. Kadınların ortalama puanları erkeklerden yüksek bulunsan bile aralarında anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 15).

Tablo 15. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ile cinsiyetlerin karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ort±Ss.	t	p
MTÖ-KB	Erkek	64	$20,20 \pm 4,98$		
	Kadın	58	$19,12 \pm 5,07$		
MTÖ-DY	Erkek	64	$5,61 \pm 3,47$		
	Kadın	58	$6,16 \pm 3,89$		
MTÖ-DT	Erkek	64	$16,52 \pm 7,7$		
	Kadın	58	$18,43 \pm 7,67$		
				-1,375	0,172

MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı alt boyutu

MTÖ-DY: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duyarsızlaşma alt boyutu

MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duygusal Tükenme alt boyutu

Katılımcıların zor durumlar anketi ve MTÖ puanları ile medeni durumlarını karşılaştırmak için bağımsız değişkenler t-testi kullanıldı. Zor durumlar anketinden evli olmayanların aldığı puan ortalaması $64,06 \pm 14,03$ bulundu ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,01$). Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ile medeni durum karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 16).

Tablo 16. Zor durumlar anketi ve Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları puanları ile medeni durumların karşılaştırılması

	Medeni durum	n	Ort±Ss.	t	p
ZD anketi	Evli	106	$54,83 \pm 13,11$	-2,603	0,01
	Evli değil	16	$64,06 \pm 14,03$		
MTÖ-KB	Evli	106	$20,03 \pm 5,09$	1,943	0,054
	Evli değil	16	$17,44 \pm 4,07$		
MTÖ-DY	Evli	106	$5,67 \pm 3,5$	-1,552	0,123
	Evli değil	16	$7,19 \pm 4,52$		
MTÖ-DT	Evli	106	$17,28 \pm 8,02$	-0,526	0,6
	Evli değil	16	$18,38 \pm 5,38$		

* Bağımsız değişkenler-t testi kullanılmıştır.

ZD anketi: Zor durumlar anketi

MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı alt boyutu

MTÖ-DY: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duyarsızlaşma alt boyutu

MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duygusal Tükenme alt boyutu

Katılımcıların zor durumlar anketi ve MTÖ ile çalıştıkları bölgeleri karşılaştırmak için one-way ANOVA testi kullanıldı. Zor durumlar anketi, Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Zor durumlar anketi ve Maslach tükenmişlik ölçeği puanları ile çalışılan bölgelerin karşılaştırılması

		n	Ort±Ss.	F	p
MTÖ-KB	İl	89	$20,15 \pm 5,03$	1,592	0,208
	İlçe	29	$18,24 \pm 5$		
	Kırsal	4	$20 \pm 4,32$		
	Total	122	$12,31 \pm 5,03$		
MTÖ-DY	İl	89	$5,85 \pm 3,73$	2,001	0,14
	İlçe	29	$6,38 \pm 3,5$		
	Kırsal	4	$2,5 \pm 1,29$		
	Total	122	$5,87 \pm 3,67$		
MTÖ-DT	İl	89	$17,08 \pm 7,79$	2,468	0,089
	İlçe	29	$19,38 \pm 7,38$		
	Kırsal	4	$11 \pm 3,56$		
	Total	122	$17,43 \pm 7,71$		
ZD anketi	İl	89	$56,36 \pm 12,84$	0,104	0,902
	İlçe	29	$55,03 \pm 16,35$		
	Kırsal	4	$56,25 \pm 6,95$		
	Total	122	$56,04 \pm 13,54$		

*One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

ZD anketi: Zor durumlar anketi

MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı alt boyutu
 MTÖ-DY: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duyarsızlaşma alt boyutu
 MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duygusal Tükenme alt boyutu

Katılımcıların yaş, meslekte çalışma süresi, günlük bakılan hasta sayısı, çalışma koşullarından memnuniyet, hasta ile iletişim konusunda mezuniyet öncesi alınan eğitimin yeterliliği ve zor durumlara karşı mezuniyet öncesi alınan eğitimi yeterliliği ile MTÖ alt boyut puanları ve zor durumlar anketinden alınan toplam puan arasındaki korelasyona bakmak için pearson korelasyon testi kullanıldı. MTÖ-KB puanı ile yaş ($r=0,409$, $p<0,001$) ve meslekte çalışma süresi ($r=0,397$, $p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulunur iken çalışma koşullarından memnuniyet ($r=0,270$, $p=0,003$) ve günlük bakılan hasta sayısı ($r=0,214$, $p=0,018$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. MTÖ-DY puanı ile yaş ($r=-0,323$, $p<0,001$) ve meslekte çalışma süresi ($r=-0,334$, $p<0,001$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulunur iken çalışma koşullarından memnuniyet ($r=-0,296$, $p=0,001$) ve günlük bakılan hasta sayısı ($r=-0,191$, $p=0,035$) arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. MTÖ-DT puanı ile çalışma koşullarından memnuniyet ($r=-0,594$, $p<0,001$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulundu. ZD anketi puanı ile yaş ($r=-0,455$, $p<0,001$) ve meslekte çalışma süresi ($r=-0,460$, $p<0,001$) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulunur iken çalışma koşullarından memnuniyet ($r=-0,299$, $p=0,001$) ve zor durumlara karşı mezuniyet öncesi alınan eğitimi yeterliliği ($r=-0,186$, $p=0,041$) arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı düzeyde korelasyon bulundu (Tablo 18).

Tablo 18. Sosyodemografik veriler ile MTÖ ve ZD anketi arasındaki korelasyon analizi

		MTÖ-KB	MTÖ-DY	MTÖ-DT	ZD anketi
Yaş	r	0,409	-,323	-0,098	-,455
	p	<0,001	<0,001	0,283	<0,001
	n	122	122	122	122
Meslekte çalışma süresi	r	0,397	-,334	-0,096	-,460
	p	<0,001	<0,001	0,292	<0,001
	n	122	122	122	122
Günlük bakılan hasta sayısı	r	0,214	-,191	0,101	-0,122
	p	0,018	0,035	0,266	0,181
	n	122	122	122	122
Çalışma koşullarından memnuniyet	r	0,270	-,296	-,594	-,299
	p	0,003	0,001	<0,001	0,001

TABLO 18 DEVAMI

	n	122	122	122	122
Hasta ile iletişim konusunda	r	0,03	0,026	-0,101	-0,061
mezuniyet öncesi alınan eğitimin	p	0,739	0,776	0,271	0,504
yeterliliği	n	122	122	122	122
	r	0,135	-0,092	-0,157	-,186
Zor durumlara karşı mezuniyet	p	0,137	0,313	0,084	0,041
öncesi alınan eğitimini yeterliliği	n	122	122	122	122

r:pearson korelasyon katsayısı

ZD anketi: Zor durumlar anketi

MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı alt boyutu

MTÖ-DY: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duyarsızlaşma alt boyutu

MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duygusal Tükenme alt boyutu

Birinci basamakta karşılaşılan zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak duygusal tükenmişliği ne düzeyde etkilemekte olduğunu belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, $F(3,118)=25,423$, $p<0,001$, ve bağımlı değişkendeki varyansın %38'ini ($R^2_{adjusted}=0,377$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Bu durumda, meslekte çalışma süresi duygusal tükenmişliği olumlu ve anlamsız olarak yordamaktadır, $\beta=0,026$, $t(118)=0,325$, $p=0,746$. Çalışma koşullarından memnuniyet duygusal tükenmişliği olumsuz ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=-0,530$, $t(118)=-6,998$, $p<0,001$. Zor durumlar duygusal tükenmişliği olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,220$, $t(118)=2,577$, $p=0,011$. Oluşturulan bu modelin regresyon denklemi;

Duygusal tükenmişlik= $21,711+0,26*\text{meslekte çalışma süresi}-0,53*\text{çalışma koşullarından memnuniyet}+0,220*\text{zor durumlar}$ (Tablo 19).

Tablo 19. Zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak duygusal tükenmişlik üzerine etkisini belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi

	B	Std. Hata	Standardize Beta	t	p
(Constant)	21,71	4,24		5,116	<0,001
Meslekte çalışma süresi	0,018	0,056	0,026	0,325	0,746
Çalışma koşullarından memnuniyet	-3,805	0,544	-0,530	-6,998	<0,001
Zor durumlar Anketi toplam puanı	0,125	0,049	0,22	2,577	0,011

F:21,711, $p<0,001$, adj. R^2 :0,377

Birinci basamakta karşılaşılan zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak tükenmişliğin alt boyutu olan

duyarsızlaşmayı ne düzeyde etkilemekte olduğunu belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, $F(3,118)=20,819$, $p<0,001$, ve bağımlı değişkendeki varyansın %33'ünü ($R^2_{\text{adjusted}}=0,329$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Bu durumda, meslekte çalışma süresi duyarsızlaşmayı olumsuz ve anlamsız olarak yordamaktadır, $\beta=-0,113$, $t(118)=-1,341$, $p=0,182$. Çalışma koşullarından memnuniyet duyarsızlaşmayı olumsuz ve anlamsız olarak yordamaktadır, $\beta=-0,151$, $t(118)=-1,929$, $p=0,056$. Zor durumlar duyarsızlaşmayı olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,467$, $t(118)=5,282$, $p<0,001$. Oluşturulan bu modelin regresyon denklemi;

Duyarsızlaşma= $1,123-0,113*\text{meslekte çalışma süresi}-0,151*\text{çalışma koşullarından memnuniyet}+0,467*\text{zor durumlar}$ (Tablo 20).

Tablo 20. Zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanarak duyarsızlaşma üzerine etkisini belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi

	B	Std. Hata	Standardize Beta	t	p
(Constant)	1,123	2,094		0,536	0,593
Meslekte çalışma süresi	-0,037	0,028	-0,113	-1,341	0,182
Çalışma koşullarından memnuniyet	-0,518	0,268	-0,151	-1,929	0,056
Zor durumlar Anketi toplam puanı	0,126	0,024	0,467	5,282	<0,001

F:20,819, $p<0,001$, adj. R^2 :0,329

Birinci basamakta karşılaşılan zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanarak tükenmişliğin alt boyutu olan kişisel başarıyı ne düzeyde etkilemekte olduğunu belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, $F(3,118)=11,329$, $p<0,001$, ve bağımlı değişkendeki varyansın %20'sini ($R^2_{\text{adjusted}}=0,204$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Bu durumda, meslekte çalışma süresi kişisel başarıyı olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,406$, $t(118)=4,417$, $p<0,001$. Çalışma koşullarından memnuniyet kişisel başarıyı olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, $\beta=0,267$, $t(118)=3,117$, $p=0,002$. Zor durumlar kişisel başarıyı olumlu ve anlamsız olarak yordamaktadır, $\beta=0,044$, $t(118)=0,453$, $p=0,651$. Oluşturulan bu modelin regresyon denklemi;

Kişisel başarı= $11,228+0,406*\text{meslekte çalışma süresi}+0,267*\text{çalışma koşullarından memnuniyet}+0,044*\text{zor durumlar}$ (Tablo 21).

Tablo 21. Zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak kişisel başarıya etkisini belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi

	B	Std. Hata	Standardize Beta	t	p
(Constant)	11,228	3,129		3,589	<0,001
Meslekte çalışma süresi	0,183	0,041	0,406	4,417	<0,001
Çalışma koşullarından memnuniyet	1,249	0,401	0,267	3,117	0,002
Zor durumlar Anketi toplam puanı	0,016	0,036	0,044	0,453	0,651

F:11,329, p<0,001, adj. R²:0,204

5. TARTIŞMA

Mevcut çalışmanın bu kısmında araştırma sonucunda ortaya çıkan bulgular tartışılarak zor durumlar ve mesleki tükenmişlik ile ilgili farklı literatür sonuçları ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Bu çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin büyük çoğunluğunun cinsiyeti erkek, medeni durumu evli, çalıştığı yer il merkeziydi. Literatürde farklı çalışmalar ve farklı sonuçlar mevcuttur. Serour ve ark. tarafından birinci basamakta çalışan aile hekimlerine yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu kadın ve evlilerden oluşmaktaydı (63). Aker ve Şahin tarafından aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu erkek, evli, şehir merkezi ve ilçede çalışan kişilerden oluşmakta ve katılımcıların yaşları ile meslekte çalışma süreleri benzerdi (30). Bu çalışmaya katılan hekimlerin çalışma koşullarından memnuniyet düzeyi memnunun ile diğer cevaplardan daha yüksek bulundu. Birinci basamak sağlık çalışanlarına yapılan başka bir çalışmada sonuçlar benzerdi (64). Yine hastane çalışanlarına yapılan başka bir çalışmada mesleki memnuniyet düzeyi memnunun şeklindeydi (65). Bu durum sağlık çalışanlarının mesleklerinin kutsal kabul edilip insan yaşamına katkı sağlamanın mesleki açıdan tatmin sağlaması şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların zor hasta olarak tanımladıkları kişilerin çoğunluğu cinsiyet olarak erkek, yaş grubu olarak yetişkin, medeni durum olarak evli kişilerden oluşmaktaydı. Aker ve Şahin'in çalışmasındaki sonuçlar ile benzer özellikteydi (30). Bilişli ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada zor hasta tanımlarındaki hastaların çoğunluğu cinsiyet olarak kadın, yaş grubu olarak yetişkin, medeni durum olarak evli, öğrenim durumu olarak ilköğretim-lise mezunu kişilerden oluşmaktaydı (9). Hemşirelik ve tıp öğrencilerinin zor hasta algısı üzerine yapılan bir çalışmada zor hasta olarak nitelendirilen kişiler yaş grubu olarak geriatrik yaştaki hastalar, cinsiyet için ise tıp fakültesi öğrencilerine göre kadın, hemşirelik öğrencilerine göre ise erkek hastalar çoğunlukta idi (66). Sağlık alanında eğitim gören öğrencilere yapılan bir çalışmada zor hasta özellikleri çoğunlukla kadın cinsiyet, yetişkin yaş grubu, medeni durum olarak evli, ilköğretim mezunu kişiler şeklindeydi (67). Kistler'in hemşireler üzerinde yaptığı cezaevindeki ve birinci basamaktaki hastaların zor olma durumlarını inceleyen bir çalışmada zor olarak görülen hastaların çoğunlukla görülen özellikleri

erkek cinsiyet, lise ve daha alt seviye eğitim düzeyi şeklindeydi (68). Farklı kaynaklarda farklı sonuçlar olsa dahi literatürde genel olarak tanımlanan zor hastaların sosyodemografik özellikleri çoğunlukla yetişkin, kadın, evli, ilköğretim mezunu olan kişiler şeklindeydi.

Bu çalışmada oluşturulan zor durumlar anketi ile birinci basamakta en sık karşılaşılan zor hasta tipleri araştırıldı. Zor durumlar anketinde en yüksek puanları alan hasta grupları gereksiz tetkik veya girişim isteğinde bulunan hasta/hasta yakını ve usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta/hasta yakını (rapor, ilaç yazımı vb.) bulundu. Her iki grupta kadın hekimler erkek hekimlerden daha fazla zorlanmış olsa bile sadece usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hastalar için istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Literatürde bu konu hakkında yeterli çalışma bulunamadı, ulaşılabilen birkaç veri de şu şekilde; yapılan bir çalışmada gereksiz tetkik veya reçete talebinde bulunan hastalar, zor hasta tipi karşılaşmalarının yüzde onunu oluşturmaktaydı (69). Başka bir çalışmada talepkar davranan hastalar karşısında hekimlerin zorlandığı bulunmuştur (70). Bu çalışmada en yüksek puanı alan gereksiz tetkik veya girişim isteğinde bulunan hasta olması Türk sağlık sisteminde çoğu uygulamanın ücretsiz olmasından; usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta olması hastaların kuralları kendi lehine suiistimal etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Mevcut çalışmada zor durumlar anketinde fiziksel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını en düşük puanı almış olup kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Yapılan bir çalışmada şiddet sergileyen davranışlar gösteren hastalar açısından kadın ve erkek çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (29). Birinci basamakta yürütülen başka bir çalışmada şiddet içerikli davranışlarda bulunan hastalarla karşılaşma durumu için kadın ve erkek çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (42). Literatür incelendiğinde bu çalışmayla benzerlik gösterdiği görülmüştür. Fiziksel şiddet bir suç olduğu ve bu yüzden fiziksel şiddet gösteren hasta ile karşılaşma durumu diğer zor durumlara göre daha nadir görüldüğü için literatürde daha az ve benzer sonuçlar olduğu şeklinde bir yorum yapılabilir.

Mevcut çalışmada iyi iletişim kurulamayan hasta/hasta yakını özellikle kadın hekimler için istatistiksel olarak anlamlı olarak zor kabul edildi. Birinci basamakta

alışan sağlık personeline yapılan bir çalışma sonucunda sağlık personeli zor hastalarla iletişim kurmanın oldukça zor olduğunu belirtmiş, katılımcıların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (42). Hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre iletişim kurmakta glk yaşanılan hastaları zor hasta olarak tanımlamışlardır (7). Hemşirelik ve tıp öğrencilerine yapılan bir çalışmada öğrencilerin zor hasta algılarında en yüksek oran sahibi iletişim kurulamayan hasta olmuştur (28). Türkmen ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada bakım vermekte zorlanılan hastaların başında iletişim kurulamayan hasta gelmektedir (71). Tunca'nın yaptığı bir çalışmada zor hasta kimdir sorusuna en yüksek oranda iletişim kurulamayan hasta cevabı verilmiştir (67). elik'in yaptığı çalışmada kadın çalışanların zor hastalarla iletişim kurmakta daha çok zorlandıkları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (29). Literatür incelendiğinde iletişim kurulamayan hasta zor hasta tanımlamalarının başında gelmektedir ve kadın çalışanlar bu konuda daha fazla zorluk yaşamaktadır. İş yaşamında kadınların yeterince saygı grememesinden kaynaklı olarak yaşanılan bir problem olabilir.

Mevcut çalışmada anamnez veremeyen veya yetersiz anamnez veren hasta/hasta yakını özellikle kadın hekimler için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha zorlayıcı bulundu. Tıp ğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada anamnez veremeyen veya yetersiz anamnez veren hastalar zor hasta olarak kabul edilmiş, özellikle kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha zor bulunmuştur (28). Yapılan başka bir çalışmada anamnez veremeyen veya yetersiz anamnez veren hastalar zor hasta olarak kabul edilmiş ama diğer zor durumlardan daha aşağıda kalmıştır (71). Tunca'nın yaptığı çalışmada zor hasta tanımlayıcı özelliklerinde anamnez veremeyen hasta daha alt seviyede kalmıştır (67). Literatürde anamnez veremeyen veya yetersiz anamnez veren hastalar diğer zor durumlara kıyasla daha az zorlayıcı bulunmuştur.

Mevcut çalışmada iş birliği yapmayan hasta/hasta yakını ve önerilen tedaviyi reddeden hasta/hasta yakını kadın hekimler için erkek hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha zor bulundu. Yapılan bir çalışmada iş birliği yapmayan hasta ve önerilen tedaviyi reddeden hasta en sık karşılaşılan ikinci sıradaki zor hasta olarak bulunmuştur (71). Literatürde yer alan bir çalışmada tedaviyi reddeden hasta istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (7). Tunca'nın yaptığı çalışmada iş birliği

yapmayan hasta ve önerilen tedaviyi reddeden hasta en sık tanımlaması yapılan zor hasta gruplarındandır (67). Tıp ve hemşirelik öğrencilerine yapılan bir çalışmada özellikle hemşireler için iş birliği yapmayan hasta ve önerilen tedaviyi reddeden hasta daha yüksek düzeyde zor hasta olarak kabul edilmiştir (66). Literatürde katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırmaya bakılmamış olsa bile iş birliği yapmayan hasta ve önerilen tedaviyi reddeden hasta en sık karşılaşılan zor hasta gruplarında biri bulunmuştur ve çalışmayla literatür bu konuda benzerdir. Bu çalışmada kadınların daha çok zorlanması nedeniyle kadın doktora karşı Türk toplumunun bir kısmında olan önyargı ve güvensizlik olabilir.

Bu çalışmada klinik durumu ağır ve karmaşık olan hasta/hasta yakını, kadın hekimlerce erkek hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha zor durum olarak görüldüğü sonucuna varıldı. Acar ve Buldukoğlu'nun çalışmasında klinik durumu ağır ve karmaşık olan hasta zor hasta tanımlamalarından biri olup çalışma iki gruba yapılmış ve gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (28). Yapılan başka bir çalışmada klinik durumu ağır ve karmaşık olan hasta diğer zor hasta tanımlamalarından olup daha düşük oranlarda zor hasta olarak görülmüştür (67). Literatürle çalışma bu konuda benzerlik taşımaktadır.

Mevcut çalışmada ihtiyacından fazla zaman ve bakım talebinin oluşturduğu zor durum, kadın hekimlerde erkek hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Yapılan bir çalışmada hastaların uğraştırıcılığı ve harcanan zaman yönünden katılımcının cinsiyeti ile anlamlı bir fark bulunmamıştır (42). Çelik'in çalışmasında ise mevcut çalışmaya benzer şekilde kadınlar erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ihtiyacından fazla zaman ve bakım talebinin oluşturduğu durumu daha çok zor durum olarak tanımlamışlardır (29). Literatürdeki sonuçlar bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Toplum tarafından kadının naif görülmesinden dolayı insanların bu durumu suiistimal etmeleri sonucu bu farklılık ortaya çıkmış olabilir.

Bu çalışmada sisteme veya ekibe güven eksikliğini belirtilmesi (sık doktor veya tedavi değiştirme vb.) orta düzeyde, tıbbi bilgi yetersizliği iması düşük düzeyde zor durum olarak kabul edilirken kadın ve erkek doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Literatürde bir çalışmada hastanın güven duymamasının

zor durum olarak değerdendirilmesinde erkekler kadınlardan istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur (42). Yapılan bir çalışmada sisteme, ekibe güvenmeyen, önyargılı hasta diğer zor hastalardan daha düşük düzeyde bir orana sahip bulunmuştur (28). Çelik'in çalışmasında güven eksikliğinin değerdendirilmesinde kadınların erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kendilerine güvenmeyen hastaları daha çok zor hasta olarak kabul ettikleri görölmüştür (29). Literatürde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bilgiye erişimin ve bilgi kirliliğini artmasıyla insanlarda hekime karşı güvensizlik artmış olabilir.

Bu çalışmada düşük kişisel hijyene veya bakıma sahip hasta/hasta yakını zor durumlar açısından kadın ve erkek hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere kıyasla düşük hijyene sahip hastaları daha çok zor hasta olarak gördükleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (42). Başka bir çalışmada zor hastaların kişisel bakımı ve hijyen eksikliği konusunda kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (29). Literatürde genel olarak kadın çalışanlar daha yüksek düzeyde düşük kişisel bakıma sahip hastalarla karşılaşsalar da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Farklı popölasyonlarda kişisel hijyen farklı olduğundan bizim popölasyonda böyle bir fark çıkmamış olabilir.

Mevcut çalışmada öfkeli hasta/hasta yakını kadın hekimlerde erkekler hekimlere göre daha fazla zor durum olarak göröldü ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürde bir çalışmada zor hastanın özellikleri incelendiğinde en sık karşılaşılan durum öfkeli hasta bulunmuştur (66). Kore'de doktorlara yapılan bir çalışmada en sık karşılaşılan zor hasta tiplerinde öfkeli, kaba hastalar ikinci sırada bulunmuştur (69). Başka bir çalışmada öfkeli hasta ve katılımcı cinsiyeti incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (42). Yapılan bir çalışmada bakımı zor hastaların özellikleri arasında ikinci en yüksek düzey öfkeli hastaya ait bulunmuştur (71). Literatürde öfkeli hasta hekimlerin en sık karşılaştıkları hasta gruplarından biri bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunun literatürden farklı olmasının sebebi yeteri kadar çalışma olmaması ve kadınların çok daha fazla zorlanmasının sebebi toplumsal yapı olarak hastaların erkek doktorlar karşısında daha çekingen davranmasından kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada terminal dönemdeki (ölmekte olan) hasta/hasta yakını ile zor durumlar değerlendirilmesi yapıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Yapılan bir çalışmada zor hasta özellikleri incelendiğinde terminal dönemdeki hasta en sık karşılaşılan özelliklerden biri olarak bulunmuştur (28). Başka bir çalışmada terminal dönemdeki hasta zor hastaların durumsal özelliklerinden biri olarak bulunmuştur (71). Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. Yaşamın son döneminde insanların hasta olmaktan bıkmaları, acı çekmekten yıpranmaları ve tahammülsüzlükleri arttığından bir miktar zorlaştıkları sonucuna varılabilir.

Mevcut çalışmada fiziksel engeli olan hasta/hasta yakını ve ruhsal engeli olan hasta/hasta yakını zor durum incelemesinde benzer puanları aldılar ve kadın hekimler için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha zordu. Türkmen ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada duygusal problemi olan hastalar zor hasta olarak kabul edilmiştir (71). Yapılan bir çalışmada zihinsel rahatsızlıkları olan hastalar değerlendirildiğinde kadın çalışanların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok zorlandıkları görülmüştür (42). Öğrencilere yapılan bir çalışmada zor durum incelemesinde diğer özelliklere göre en düşük düzeyde fiziksel ve ruhsal engeli olan hasta zor hasta olarak bulunmuştur (66). Literatür ve bu çalışma benzerlik göstermektedir.

Mevcut çalışmada sözel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını ve psikolojik şiddet uygulayan hasta/hasta yakını zor durum olarak değerlendirildiğinde benzer sonuçları aldıkları ve kadın hekimler için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha zor bir durum olduğu görüldü. Yapılan bir çalışmada zor hasta tipleri incelendiğinde en sık karşılaşılan hasta gruplarından biri saldırgan, agresif, kaba, sözel tacizde bulunan hasta bulunmuştur (69). Literatürde hasta cinsiyetleri ile ilgili çalışmaya rastlanmamış fakat sözel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını ve psikolojik şiddet uygulayan hasta/hasta yakını sık olarak bulunmuş, cinsiyet karşılaştırma çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Tedavisi/rehabilitasyonu için bir üst kuruma sevki gerçekleştirilemeyen hasta/hasta yakını zor durumu için cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Evde bakım veya palyatif hasta/hasta yakını, doktor ve hasta arasındaki

saygıya dayalı iletişimin kurulamaması ve negatif cinsiyetçi yaklaşımlar gibi zor durumlar incelendiğinde kadın hekimler için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha zor bir durum oldukları görüldü. Literatürde bu durumlar için yeterince veri bulunamadı.

Mevcut çalışmada hekimlerin tükenmişlik düzeyini belirlemek için MTÖ kullanıldı. Buna göre KB alt boyutundan alınan puan ortalaması $19,69 \pm 5,03$, DY alt boyutundan alınan puan ortalaması $5,87 \pm 3,67$, DT alt boyutundan alınan puan ortalaması $17,43 \pm 7,71$ bulundu. Samsun’da 2022 yılında aile hekimlerine yapılan bir çalışmada MTÖ alt boyut puanları KB için $20,1 \pm 3,7$, DY için $7,7 \pm 3,7$ ve DT için $20,2 \pm 7,2$ bulunmuştur (72). Türkiye’de aile hekimi uzmanlarına COVID-19 pandemisi döneminde yapılan bir çalışmada MTÖ alt boyut puanları KB puan ortalaması $19,97 \pm 3,94$, DY puan ortalaması $7,02 \pm 3,65$, DT puan ortalaması $18,42 \pm 7,00$ bulunmuştur (73). Kayseri’de 2013 yılında aile hekimlerine yapılan bir çalışmada MTÖ alt boyut puanları KB için $21,0 \pm 3,7$, DY için $4,3 \pm 3,2$, DT için $16,1 \pm 7,2$ bulunmuştur (74). Literatür incelendiğinde Türkiye için tükenmişlik yıllar içinde artış göstermekle beraber özellikle pandemi döneminde oldukça yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise en son çalışmalara göre daha düşük DT ve DY bulunmasının sebebi pandeminin etkilerinin azalması olabilir.

Tayland’da 2019 yılında aile hekimi asistanlarına yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma bulunmuştur (51). Portekiz’de COVID-19 pandemisi sırasında birinci basamak hekimlerine yapılan bir çalışmada tükenmişlik yüksek olduğu ve giderek yükseldiği bulunmuştur (75). Amerika’da aile hekimlerine yapılan farklı çalışmalarda katılımcıların tükenmişlik düzeyi yüzde 40’ın üzerinde bulunmuştur (76, 77). Literatüre bakıldığında tükenmişlik giderek artmaktadır. Tükenmişlik, teknolojinin gelişmesiyle insan ömrünün uzaması ve hekimlerin iş yükünün artmasından, hekimlerin özellikle COVID-19 pandemisinde fazla yorulmasından ve insanoğlunun tahammülsüzleşmesinden dolayı artmış olabilir.

Bu çalışmada MTÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar için cinsiyet karşılaştırması yapıldığında istatistiksel anlamda bir fark bulunmadı. Teksas’ta yapılan bir çalışmada KB kadınlarda daha yüksek bulunurken, duygusal tükenme erkeklerde

daha fazla bulunmuştur (78). Yapılan bir çalışmada genç kadın aile hekimlerinin erkek hekimlere göre daha çok duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığını bulmuştur (79). Başka bir çalışmada duygusal tükenme kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, kişisel başarı düşük çıkmıştır (72). Hekimlerde tükenmişlik durumunu incelemek için yapılan bir çalışmada kadınların duygusal tükenmeleri erkeklerden daha fazla bulunmuştur (80). Literatürde kadınlarda tükenmişlik daha yüksek bulunurken bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında fark saptanmadı. Bunun sebebi çalışmanın yapıldığı popülasyonun farklılıklarından kaynaklı olabilir.

Mevcut çalışmada yaş, meslekte çalışma süresi, çalışma koşullarından memnuniyet arttıkça tükenmişliğin azaldığı bulundu. Aile hekimi uzmanlarına yapılan bir çalışmada yaş ile DY alt boyutu arasında negatif yönde, KB alt boyutu ile pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur (73). Yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin DY alt boyutuyla yaşları ve meslekte çalışma süreleri arasında negatif yönde korelasyon, KB alt boyutuyla yaşları ve meslekte çalışma süreleri arasında pozitif yönde korelasyon saptanmış, çalışma koşullarından memnuniyet yükseldikçe tükenmişliğin azaldığı bulunmuştur (45). Literatürde bir çalışmada genç yaşta (<40) tükenmişliğin arttığı saptanmıştır (77). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumlarını araştıran bir literatürde çalışma ortamından memnuniyet arttıkça tükenmişliğin azaldığı görülmüştür (74). Literatür incelendiğinde yaş, meslekte çalışma süresi, çalışma koşullarından memnuniyet düzeyi ile tükenmişlik durumları arasındaki korelasyon benzerlik göstermektedir. Yaş arttıkça meslekte çalışma süresi arttığından ve kişi olgunluk kazandığından, çalışma ortamından memnun olmanın iş yaşamını kolaylaştırmasından dolayı bu sonuçlar ortaya çıkmış olabilir.

Mevcut çalışmada yaş, meslekte çalışma süresi, çalışma koşullarından memnuniyet, zor durumlara karşı mezuniyet öncesi alınan eğitimi yeterliliği arttıkça zor durumlar anketi bireysel puanının azaldığı bulundu. Literatürde bu konuyla ilgili yeterli veriye ulaşılamadı.

Bu çalışmada birinci basamakta karşılaşılan zor durumların, meslekteki çalışma süresi ve çalışma koşullarından memnuniyet değişkenlerini kullanılarak tükenmişliğin alt boyutu olan kişisel başarıyı, duyarsızlaşmayı, duygusal tükenmişliği ne düzeyde etkilemekte olduğunu belirlemek için çok değişkenli

doğrusal regresyon analizi yapıldı. DT için analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli ve bağımlı değişkendeki varyansın %38'ini bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulundu. DY için analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli ve bağımlı değişkendeki varyansın %33'ünü bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulundu. KB için analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli ve bağımlı değişkendeki varyansın %20'sini bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulundu.

Meslekte çalışma süresi kişisel başarıyı olumlu ve anlamlı olarak, duyarsızlaşmayı olumsuz ve anlamsız olarak, duygusal tükenmişliği olumlu ve anlamsız olarak yordadığı bulundu. Çalışma koşullarından memnuniyet kişisel başarıyı olumlu ve anlamlı olarak, duyarsızlaşmayı olumsuz ve anlamsız olarak, duygusal tükenmişliği olumsuz ve anlamlı olarak yordadığı bulundu. Zor durumlar kişisel başarıyı olumlu ve anlamsız olarak, duyarsızlaşmayı olumlu ve anlamlı olarak, duygusal tükenmişliği olumlu ve anlamlı olarak yordadığı bulundu. Literatürde bu konuyla ilgili yeterli bilgiye ulaşılamadı.

6. SONUÇLAR

Hekimler her gün her türlü insanla karşılaşmaktadır. Hekimlerin muhatap oldukları kişiler sağlığı bozulmuş kişiler oldukları için daha hassas durumlarda olabilirler. Bazen hastanın kendisi bazen de hastanın refakatçisi hekime sıkıntılı durumlar yaşatabilmektedir. Hekimlerin yaşadıkları bu zor durumları tanımlamak, öğrenmek, bu konu hakkında bilgi sahibi olmak ileride yaşanabilecek güçlüklerin üstesinden gelmek için fırsat oluşturmaktadır.

Birinci basamakta çalışan hekimler için yaşadıkları en zor durumlar gereksiz tetkik veya girişim isteğinde bulunan hasta/hasta yakını, usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta/hasta yakını (rapor, ilaç yazımı vb.), anamnez veremeyen ya da yetersiz veren hasta/hasta yakını, ihtiyacından fazla zaman ve tıbbi bakım talebi, iyi iletişim kurulamayan hasta/hasta yakını bulundu.

Yaşanılan zor durumlarda en düşük karşılaşmalara sahip olanlar fiziksel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını, tıbbi bilgi yetersizliği iması, terminal dönemdeki (ölmekte olan) hasta/hasta yakını, psikolojik şiddet uygulayan hasta/hasta yakını, negatif cinsiyetçi yaklaşımlar bulundu.

Araştırılan bu zor durumlar hekimleri mesleklerini icra ederken zorlamaktadır. Bu zorlanma iş yerindeki moral ve motivasyonu düşürerek hekime hem sisteme zarar vermektedir.

Mesleki tükenmişlik iş stresinin yüksek olduğu hekimlik mesleğinde yıllar içerisinde artış göstermiştir. Tükenmişliğe neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Günlük iş ortamında yaşanan zor durumlar tükenmişliğe etki eden nedenlerden sadece biridir. Hekimlerin yaşadıkları zor durumlar duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerini artırırken, kişisel başarı düzeylerini düşürmektedir. Bu da daha fazla tükenmişliğe sebebiyet vermektedir.

Yaşanılan bu zor durumları engelleyip mesleki tükenmişliğe engel olabilmek için hastalara kurallar ve insani ilişkiler açısından eğitim verilmeli, hekimlere daha iyi iletişim kurabilmek için yeni eğitimler verilmeli, sağlık çalışanlarını her türlü şiddetten (sözel, fiziki, psikolojik vb.) koruyacak tedbirler alınmalı, randevu ve muayene süreleri düzenlenmeli, hekimlik mesleğinin düşen itibarı yeniden kazandırılmalıdır.

Bu konuda literatürde yeterince çalışma bulunmamaktadır. Daha iyi çıkarımlar yapabilmek için daha kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of clinical epidemiology*. 1994;47(6):647-57.
2. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of general internal medicine*. 1996;11:1-8.
3. Gerrard T, Riddell J. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ: British Medical Journal*. 1988;297(6647):530.
4. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2006;19(6):533-41.
5. Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc Sci Med*. 1991;33(10):1179-87.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*. 1981;2(2):99-113.
7. Akgün Çitak E, Sevcan A, Basmacı Ö, Durukan İ. BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN "ZOR HASTA" OLARAK TANIMLADIKLARI HASTALARLA İLETİŞİM DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2011;13(1):35-44.
8. Macdonald M. Seeing the cage: stigma and its potential to inform the concept of the difficult patient. *Clinical Nurse Specialist*. 2003;17(6):305-10.
9. Bilişli Y, Altaş B, Zetter SA. Nitelikli sağlık iletişimini engelleyen bir unsur olarak "Zor Hasta". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2017;4(4):289-300.
10. Kelly MP, May D. Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique. *Journal of Advanced Nursing*. 1982;7(2):147-56.
11. Peterson DI. Developing the difficult patient. *The American Journal of Nursing*. 1967:522-5.
12. Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*. 2005;30(2):184-92.
13. Laskowski C. The mental health clinical nurse specialist and the "difficult" patient: evolving meaning. *Issues in Mental Health Nursing*. 2001;22(1):5-22.
14. Groves JE. Taking care of the hateful patient. 1978.
15. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family practice*. 2001;18(5):495-500.
16. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archives of internal medicine*. 1999;159(10):1069-75.
17. Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract*. 1980;11(6):933-8.
18. Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgraduate medical journal*. 1995;71(841):653-7.
19. Potter M, Gordon S, Hamer P. The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2003;49(1):53-61.

20. Corney R, Strathdee G, Higgs R, King M, Williams P, Sharp D, et al. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1988;38(313):349-52.
21. Wolf ZR, Robinson-Smith G. Strategies used by clinical nurse specialists in "difficult" clinician-patient situations. *Clinical Nurse Specialist*. 2007;21(2):74-84.
22. Essary AC, Symington SL. How to make the "difficult" patient encounter less difficult. *Jaapa*. 2005;18(5):49-54.
23. Thom DH, Campbell B. foTIG INALRESEARCH patient-physician trust: An exploratory study. *J Fam Pract*. 1997;44(2):169.
24. Ratna H. The importance of effective communication in healthcare practice. *Harvard Public Health Review*. 2019;23:1-6.
25. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse education in practice*. 2016;19:36-40.
26. Anderson PF, Wescom E, Carlos RC. Difficult doctors, difficult patients: building empathy. *Journal of the American College of Radiology*. 2016;13(12):1590-8.
27. Peters S, Young K, McCracken C. What do medical trainees think is so difficult about communicating with patients? *Patient education and counseling*. 2011;85(2):e150-e4.
28. Acar G, Buldukoğlu K. Öğrencilerin hastalarla iletişimde karşılaştıkları güçlükler ve zor hasta algıları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016;7(1):7-12.
29. Çelik R. Zor hasta olgusu ve Isparta il merkezindeki hastaneler üzerinde bir çalışma: SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012.
30. Servet A, ŞAHİN MK. Difficult Encounters Experienced by Family Physicians and the Coping Methods They Employ: A Cross-sectional Study. *Konuralp Medical Journal*. 2023;15(1):150-7.
31. Merkel L. MANAGING THE DIFFICULT PATIENT AND BOUNDARY ISSUES. 2004.
32. Gillette RD. 'Problem Patients:'A Fresh Look at an Old Vexation. *Family Practice Management*. 2000;7(7):57.
33. Rosenberg EE. Lessons for Clinicians From Physician-Patient. *Arch Fam Med*. 1997;6:279-83.
34. Marlowe M, Sugarman P. ABC of mental health: Disorders of personality. *BMJ*. 1997;315(7101):176-9.
35. Organization WH. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019.
36. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of social issues*. 1974;30(1):159-65.
37. Suran BG, Sheridan EP. Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1985;16(6):741.
38. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions: Human Sciences Press New York; 1980.
39. Leiter MP, Maslach C, Frame K. Burnout. *The encyclopedia of clinical psychology*. 2014:1-7.

40. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? Occupational medicine. 2000;50(7).
41. Maslach C. Burnout: The cost of caring: Ishk; 2003.
42. KOÇOĞLU H. ELAZIĞ İL MERKEZİNDE HASTANE ACİLLERİNDE GÖREV YAPAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN ŞİDDETE MARUZ KALMA VE TÜKENMİŞLİK DURUMLARININ İRDELENMESİ: T.C. FIRAT ÜNİVERSİTESİ; 2022.
43. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. Academy of management review. 1993;18(4):621-56.
44. ARI GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 2008;15(1):131-48.
45. ALTAN S. SAMSUN'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERDE VE AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA: ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ; 2022.
46. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. Journal of health and Human Services administration. 1999;472-89.
47. Jackson SE, Maslach C. After-effects of job-related stress: Families as victims. Journal of organizational behavior. 1982;3(1):63-77.
48. Demir N. TÜKENMİŞLİK SENDROMUNUN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE İŞ TATMİNİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ. Öneri Dergisi. 2009;8(32):193-202.
49. Kahill S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 1988;29(3):284.
50. Toker İ. Acil tıp uzmanlık öğrencilerinde iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler. 2013.
51. Charoentanyarak A, Anothaisintawee T, Kanhasing R, Poonpetcharat P. Prevalence of burnout and associated factors among family medicine residency in Thailand. Journal of medical education and curricular development. 2020;7:2382120520944920.
52. Cheung BM. Burnout: a burning issue. Oxford University Press; 2020. p. 309-.
53. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Annals of internal medicine. 2002;136(5):358-67.
54. Romceovich LE, Reed S, Flowers SR, Kemper KJ, Mahan JD. Mind-body skills training for resident wellness: a pilot study of a brief mindfulness intervention. Journal of Medical Education and Curricular Development. 2018;5:2382120518773061.
55. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. American journal of respiratory and critical care medicine. 2007;175(7):686-92.
56. Rutherford K, Oda J. Family medicine residency training and burnout: a qualitative study. Canadian medical education journal. 2014;5(1):e13.
57. Drummond D. Physician burnout: its origin, symptoms, and five main causes. Family practice management. 2015;22(5):42-7.

58. Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjoberg L, De Groene GJ, Sauni R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial health*. 2018;56(2):160-5.
59. Johnstone C. Strategies to prevent burnout. *BMJ*. 1999;318(7192):S2-7192.
60. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001;52(1):397-422.
61. Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. Tükenmişlik sendromu. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2008;83(1):99-104.
62. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey). 1992.
63. Serour M, Othman HA, Khalifah GA. Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic Consultations. *European Journal of General Medicine*. 2009;6(2).
64. Savaş Duman Ç. Konya il merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarında kronik yorgunluk sendromu sıklığının bazı olası faktörlerle ilişkisi.
65. ÖNDER ÖR, ARIZ TY. İş tatmini ile stres düzeyleri ilişkisi: Ankara Gölbaşı Hasvak Devlet Hastanesi ve Kalecik Devlet Hastaneleri örneği: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi
66. Göral G. Hemşirelik ve tıp öğrencilerinin zor hasta algısı ve hasta ile iletişimlerinin belirlenmesi: Akdeniz Üniversitesi; 2011.
67. Tunca AD. Zor hasta kavramı ve sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin zor hasta algısı: Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri: Namık Kemal Üniversitesi; 2019.
68. Kistler E. Characteristics of difficult patients in prisons compared to difficult patients in primary care settings: Indiana State University; 2011.
69. Yang H-H, Paik J-H, Lee M-R, Yoo S-M, Jeon Y-J, Park S-G. Dealing with the Difficult Patients of Korean Family Doctors. *Korean Journal of Family Practice*. 2016;6(2):124-35.
70. Bremberg S, Nilstun T, Kovac V, Zwitter M. GPs facing reluctant and demanding patients: analysing ethical justifications. *Family Practice*. 2003;20(3):254-61.
71. Türkmen S, Bayraktar T, Arslan G. SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ZOR HASTA ALGISI VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN BELİRLENMESİ. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2017;4(1):27-38.
72. ALTAN S, ŞAHİN MK. Samsun'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerde ve aile hekimliği asistanlarında tükenmişlik ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;17(1):68-78.
73. Karaaytaç R. Pandemi döneminde aile hekimliği uzmanlarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi= Evaluation of job satisfaction and burnout levels of family medicine specialists during the pandemic period. 2021.
74. Baykan¹ Z, Çetinkaya F, Naçar¹ M, Kaya A. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. 2014.
75. Baptista S, Teixeira A, Castro L, Cunha M, Serrão C, Rodrigues A, et al. Physician burnout in primary care during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Portugal. *Journal of primary care & community health*. 2021;12:21501327211008437.

76. Weidner AK, Phillips RL, Fang B, Peterson LE. Burnout and scope of practice in new family physicians. *The Annals of Family Medicine*. 2018;16(3):200-5.
77. Creager J, Coutinho AJ, Peterson LE. Associations between burnout and practice organization in family physicians. *The Annals of Family Medicine*. 2019;17(6):502-9.
78. Buck K, Williamson M, Ogbeide S, Norberg B. Family physician burnout and resilience: a cross-sectional analysis. *Family medicine*. 2019;51(8):657-63.
79. Eden AR, Jabbarpour Y, Morgan ZJ, Wilkinson E, Peterson LE. Burnout among family physicians by gender and age. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2020;33(3):355-6.
80. Burak M, DEĞER M, PEHLİVAN E. Doktorlarda Mesleki Tükenmişlik Sendromuna Çalışma Yaşam Kalitesinin Etkisi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2020;25(2):94-101.



8. EKLER

Ek-1 Zor Durumlar Anket Formu

SAMSUN İLİ AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ SAĞLARKEN KARŞILAŞTIKLARI ZOR DURUMLAR VE BU DURUMUN MESLEKİ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği anabilim dalı tarafından Hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetleri sağlarken karşılaştıkları zor durumlar ve bu durumun mesleki tükenmişlik düzeyi üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Hiçbir şekilde kimlik bilgilerinize erişilemeyecektir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

OMÜ Aile Hekimliği ABD Dr.Aslı Durukan

Danışman Prof.Dr.Bektaş Murat Yalçın

Çalışmaya katılmayı kendi rızamla kabul ediyorum ()

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sağlarken Karşılaşılan Zor Durumlar Anketi

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyet: K() E()
3. Medeni durum: Evli () Bekar ()
4. Meslekte kaçınıcı yılınız:
5. Günlük kaç hastayla ilgileniyorsunuz?
6. Çalıştığınız Bölge: İl () İlçe () Kırsal ()
7. Çalışma koşullarınızdan ne kadar memnunsunuz? (Memnuniyet durumuna karşın lütfen 1 ile 5 arasında bir rakamı işaretleyiniz):

Hiç memnun değilim (1)	Memnun değilim (2)	Fikrim yok (3)	Memnunum (4)	Çok Memnunum (5)
---------------------------	-----------------------	-------------------	--------------	------------------

8. Hasta ile iletişim konusunda mezuniyet öncesi aldığınız eğitiminin yeterliliğini değerlendirin.
(Memnuniyet durumuna karşın lütfen 1 ile 5 arasında bir rakamı işaretleyiniz):

Hiç memnun değilim (1)	Memnun değilim (2)	Fikrim yok (3)	Memnunum (4)	Çok Memnunum (5)
---------------------------	-----------------------	-------------------	--------------	------------------

9. Zor durumlara karşı mezuniyet öncesi aldığınız eğitiminin yeterliliğini değerlendirin.
(Memnuniyet durumuna karşın lütfen 1 ile 5 arasında bir rakamı işaretleyiniz):

Hiç memnun değilim (1)	Memnun değilim (2)	Fikrim yok (3)	Memnunum (4)	Çok Memnunum (5)
---------------------------	-----------------------	-------------------	--------------	------------------

Karşılaşılan “Zor Durumlar”

Aşağıda günlük birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanması sırasında karşılaşılabilecek bazı “zor durumlar” listelenmiştir. Kendi klinik tecrübenizi değerlendirerek bu önermelerin son altı aylık dönemde karşılaştığınız “zor durumların” sıklığını ne kadar iyi belirlediğini işaretleyiniz. (1: Çok Nadir, 2: Nadir, 3: Bazen, 4: Sık, 5: Çok Sık)

Durumlar	Çok Nadir	Nadir	Bazen	Sık	Çok Sık
	1	2	3	4	5
1. İyi iletişim kurulamayan hasta/hasta yakını					
2. Anamnez veremeyen ya da yetersiz veren hasta/hasta yakını					
3. İş birliği yapmayan hasta/hasta yakını					
4. Klinik durumu ağır ve karmaşık olan hasta/hasta yakını					
5. Tedavisi/rehabilitasyonu için bir üst kuruma sevki gerçekleştirilemeyen hasta/hasta yakını					
6. İhtiyacından fazla zaman ve tıbbi bakım talebi					
7. Gereksiz tetkik veya girişim isteğinde bulunan hasta/hasta yakını					
8. Usulsüz/yasadışı isteklerde bulunan hasta/hasta yakını (rapor, ilaç yazımı vb.)					
9. Önerilen tedavinin/girişimin reddi (aşı vb.)					
10. Sisteme veya ekibe güven eksikliğini belirtilmesi (sık doktor veya tedavi değiştirme vb.)					
11. Tıbbi bilgi yetersizliği iması					
12. Düşük kişisel hijyene veya bakıma sahip hasta/hasta yakını					
13. Öfkeli hasta/hasta yakını					
14. Sözel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını					
15. Fiziksel şiddet uygulayan hasta/hasta yakını					
16. Psikolojik şiddet uygulayan hasta/hasta yakını					
17. Terminal dönemdeki (ölmekte olan) hasta/hasta yakını					
18. Evde bakım veya palyatif hasta/hasta yakını					
19. Fiziksel engeli olan hasta/hasta yakını					
20. Ruhsal engeli olan hasta/hasta yakını					
21. Doktor ve hasta arasındaki saygıya dayalı iletişimin kurulamaması (Laubali, küstah, davranışlar)					
22. Negatif cinsiyetçi yaklaşımlar					

Son altı ay içinde karşılaştığınız zor durumlarda söz konusu olan hastanın/hasta yakınlarının demografik / sosyoekonomik özellikleri nelerdir?

1. Karşılaştığınız zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının cinsiyetlerini sıklıklarına göre değerlendiriniz: (1: Nadir, 2: Bazen, 3: Sık)

	1	2	3
Erkek			
Kadın			

2. Karşılaştığınız zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının yaş gruplarını sıklıklarına göre değerlendiriniz: (1: Nadir, 2: Bazen, 3: Sık)

	1	2	3
Çocuk			
Adölesan			
Yetişkin			
Geriatrik			

3. Karşılaştığınız zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının bildiğiniz kadarı ile medeni durumlarını değerlendiriniz: (1: Nadir, 2: Bazen, 3: Sık)

	1	2	3
Bekar			
Evli			
Dul			
Bilmiyorum			

4. Karşılaştığınız zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının bildiğiniz kadarı ile eğitim durumlarını değerlendiriniz: (1: Nadir, 2: Bazen, 3: Sık)

	1	2	3
Okur yazar değil			
Okur yazar			
İlk öğretim			
Lise			
Üniversite			
Bilmiyorum			

5. Karşılaştığınız zor durumlardaki hastaların / hasta yakınlarının bildiğiniz kadarı ile mesleki durumlarını değerlendiriniz: (1: nadir, 2: Bazen, 3: Sık)

	1	2	3
Çalışmıyor			
Memur			
Serbest Meslek			
Çiftçi/İşçi			
Emekli			
Bilmiyorum			

Ek-2 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümlelere yer verilmiştir. Her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2.İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilermiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Bu işin giderek beni 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 umrumda değil.					
16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18.İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19.Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

Ek-3 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/10

12.01.2023

Sayın Prof. Dr. Bektaş Murat Yalçın

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Samsun İli Aile Sağlık Merkezlerinde Çalışan Hekimlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sağlarken Karşılaştıkları Zor Durumlar ve Bu Durumun Mesleki Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi başlıklı OMÜ KAEK 2022/582 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 11.01.2023 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

12.01.2023



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-26521195-604.02.02-211555207
Konu : Dr. Aslı DURUKAN'ın Uzmanlık Tezi
Onayı

20.03.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nin 23.02.2023 tarihli ve E-49933177-730.08.03-409048 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık öğrencisi olan Dr. Aslı DURUKAN'ın, Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN'ın danışmanlığında yürüteceği "Samsun İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hekimlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sağlarken Karşılaştıkları Zor Durumlar Ve Durumun Mesleki Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi" konulu uzmanlık tezinin Samsun İli Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılması Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğüne
19 Mayıs Toplum Sağlığı Merkezine
Alaçam Toplum Sağlığı Merkezine
Asarcık Toplum Sağlığı Merkezine
Ayvacık Toplum Sağlığı Merkezine
Kavak Toplum Sağlığı Merkezine
Ladik Toplum Sağlığı Merkezine
Salıpazarı Toplum Sağlığı Merkezine
Samsun Atakum İlçe Sağlık Müdürlüğü
Samsun Bafra İlçe Sağlık Müdürlüğü
Samsun Canik İlçe Sağlık Müdürlüğü
Samsun Çarşamba İlçe Sağlık Müdürlüğü
Samsun Havza İlçe Sağlık Müdürlüğü
Samsun İlkadım İlçe Sağlık Müdürlüğü
Samsun Tekkeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü
Samsun Terme İlçe Sağlık Müdürlüğü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 9E7DA335-8933-4BCA-988D-0FE9D263554F

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Adalet Mahallesi 100. Yıl Bulvarı No:232 İLKADIM/SAMSUN 55000
Telefon No: 03623112500
e-Posta: Internet.Adresi:https://samsunism.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: SEDA HAKYEMEZ
Hemşire

Telefon No: 03623112500



Ek-4 Orijinallik Raporu

ORJİNALLİK RAPORU			
%9	%8	%3	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1	
2	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1	
3	doaj.org İnternet Kaynağı	%1	
4	9lib.net İnternet Kaynağı	%1	
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1	
6	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1	
7	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1	
8	Submitted to Kocaeli Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1	
9	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1	

Ek-5 Örneklem Hesabı

