



T.C

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PANDEMİ DÖNEMİNDE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLARININ
İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. RAŞİT KARAAYTAÇ

AĞUSTOS - 2021

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

PANDEMİ DÖNEMİNDE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLARININ
İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. RAŞİT KARAAYTAÇ

DANIŞMAN:
PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

AĞUSTOS- 2021

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.04.2021 tarihinde E-71522473-050.01.04.-26389-278 sayısı ile onay alınarak ve 10.07.2021 tarihinde E-71522473-050.01.04.-45413-398 sayısı ile isim değişikliği onaylanarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

30/07/2021

Dr. Raşit KARAAAYTAÇ

İNTİHAL RAPORU

Tez çalışmamız; aile hekimliği uzmanlarının sosyodemografik özelliklerinin, çalışma alanlarına ait özellikler ile etkileşerek, iş doyumları ve tükenmişlik düzeylerinin üzerine etkisinin belirlenmesi ve saptanan sorunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesini içermektedir.

Çalışmamızın genel bilgiler bölümünün aile hekimliği kanunu ve aile hekimliği uygulamalarına dair yönetmeliklerini içinde barındırmasından dolayı intihal oranı 05.08.2021 tarihli www.intihal.net sitesinin raporuna göre %26 hesaplanmıştır.

Çalışmanın genel bilgiler bölümü dışındaki gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümlerinin intihal oranı 05.08.2021 tarihli www.intihal.net sitesinin raporuna göre %15 hesaplanmıştır.

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız **Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e**,

Tez hazırlama sürecinde bana büyük desteği olan, her türlü sıkıntıda yardımını esirgemeyen, sabırla ve özveriyle benimle ilgilenen değerli kardeşim **Uzm. Dr. Abdülkadir Aydın'a**,

Tez yazarken tecrübe ve bilgilerinden yararlandığım **Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na**, **Dr. Fırat Karadeniz'e**, **Dr. Nurullah Muhammed Sezer'e**, **Uzm. Dr. Özkan Dikmen'e**, katkılarından dolayı **Uzm. Dr. Aslıhan Yiğit Arıkan'a**, **Dr. Levent Ertuna'ya**, veri toplama sürecinde benden yardımlarını esirgemeyen **tüm SAHU uzman, asistan doktor ve aile hekimi arkadaşlarıma**,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma imkanı bulduğum Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin **Tüm Akademisyen'lerine**, **Uzman ve Asistan Hekimleri'ne**,

Destekleriyle tez sürecimin ağırlığını hafifleten sevgili kuzenim **Öğretmen Hanne Türk'e**,

Bu günlere gelmemde en büyük emeği geçen, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen annem **Remziye Karaaytaç'a** , babam **Mesut Karaaytaç'a** ve değerli aileme,

Uzmanlık eğitimim sürecinde ve tez yazarken tüm sıkıntıları birlikte göğüslediğimiz, beni her zaman destekleyen, moral ve motivasyonumu daima yüksek tutan, uzmanlık eğitimime başlamama vesile olan canım eşim **Ayşe Karaaytaç'a**, oğlum (Çiçerom-merhum) **Emirhan'a**, kızım (Pastam) **Zeynep Işıl'a**, oğlum (Pilotum) **Ali Yekta'ya**,

COVID-19 pandemisi sırasında zorluklar karşısında fedakarca çalışan **Tüm Sağlık Çalışanları'na**, tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr.Raşit KARAAYTAÇ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
ŞEKİLLER VE TABLOLAR	vii
ÖZET.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI.....	4
2.2. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ	5
2.3. AİLE HEKİMİNİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI	7
2.4. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ.....	9
2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI	11
2.6. COVID-19 PANDEMİSİ	12
2.7. İŞ DOYUMU	13
2.8. TÜKENMİŞLİK.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	20
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	20
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNETİMİ.....	20
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	21
3.4.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ)	21
3.4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ).....	22
3.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	23
3.6. KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KISITLILIKLAR.....	24

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	24
3.8. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	46
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	70



KISALTMA VE SİMGELER

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019 (Coronavirus Disease 2019)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SARS-CoV: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus

SS: Standart Sapma

TUK: Tıpta Uzmanlık Kurulu

WHO: World Health Organization

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Collages, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians)

MİDÖ: Minnesota İş Doyum Ölçeği

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Şekil 1. WONCA Ağacı

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimliği Uzmanlarının Bazı Demografik Özellikleri (N=417)

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Aile Hekimliği Uzmanlarının Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre İlişkin Dağılımları (N=417)

Tablo 3. Aile Hekimliği Uzmanlarının Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımları

Tablo 4. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Demografik Değişkenler ile İlişkisi

Tablo 5. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 6. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenleri ile İlişkisi

Tablo 7. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 8. Aile Hekimliği Uzmanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımları

Tablo 9. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Yaş ile İlişkisi

Tablo 10. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 11. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenleri ile İlişkisi

Tablo 12. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 13. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyumu ile Tükenmişlik Puanlarının Arasındaki İlişki



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarının pandemi döneminde yaşadığı iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerini saptamak, sosyodemografik değişkenler ile iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek ve saptanan sorunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlandı.

MATERYAL VE METOT: Çalışma; COVID-19 pandemisi döneminde yapılmış olup tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Türkiye’de çalışan 417 aile hekimliği uzmanına 22 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Anketi ve 20 sorudan oluşan Minnesota İş Doyum Anketi uygulandı. Verilerin analizi kapsamında betimsel istatistikler, grup karşılaştırma testleri ve korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 20.0 programı kullanılmıştır ve anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 417 aile hekimliği uzmanının yaş ortalamasının $39.82 \pm 7,84$ olduğu ve katılımcıların %59’unun kadın, %41’inin erkek olduğu tespit edildi. Aile hekimliği uzmanlarının içsel doyum puan ortalaması $3,38 \pm 0,67$, dışsal doyum puan ortalaması $2,77 \pm 0,74$ ve genel iş doyum puan ortalaması $3,13 \pm 0,64$ olarak bulundu. Katılımcıların iş doyum puanları demografik değişkenlerden yalnızca gelir durumuna göre anlamlı fark gösterdi. Aile hekimliği uzmanlarının duygusal tükenme puan ortalaması $18,42 \pm 7,00$, duyarsızlaşma puan ortalaması $7,02 \pm 3,65$ ve kişisel başarı puan ortalaması $19,97 \pm 3,94$ olarak bulundu. Katılımcıların tükenmişlik puanları demografik değişkenlerden çocuk sahibi olma ve gelir durumu değişkenlerine göre fark gösterirken; çalışma yaşamı değişkenlerinden idari görev, COVID-19 pandemisi öncesi hasta sayıları değişkenleri dışındaki değişkenler için anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ: Sağlık sistemi her basamağı ile bir bütündür. Aksaklık yaşanan her bir basamak diğerini zaman içerisinde muhakkak olumsuz etkileyecektir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti, ülkemizin sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini garanti altına alacak en önemli faktördür. Kaliteli ve sürdürülebilir hizmet, iş doyumunu yüksek çalışanlarla mümkündür. Bunun için çalışanların fiziki mekanlarının iyileştirilmesi, iş yükünün, yapılan iş karşılığı alınan sorumluluğun ve iş karşılığı alınan ücretlerin, eşdeğer meslek grupları veya gelişmiş

ülke meslektaşları ile birbirine yakın olması, iş doyumunu olumlu etkileyecektir. Çalışanları en çok olumsuz etkileyen durumlardan biri de iş garantisini tehdit eden mevzuat değişiklikleri olup iş doyumuna olumsuz etki etmektedir. Bu bağlamda aile hekimliği uzmanlarının tükenmişliğine neden olan durumların dikkate alınması gereklidir.

ANAHTAR KELİMELER: Aile hekimliği, Aile hekimliği uzmanı, COVID-19, İş doyumunu, Pandemi, Tükenmişlik



ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIM: In our study, it was aimed to determine the job satisfaction and burnout levels experienced by family medicine specialists during the pandemic period, to determine the relationship between sociodemographic variables and job satisfaction and burnout levels, and to develop solutions for the identified problems.

MATERIAL AND METHOD: It is a descriptive cross-sectional study conducted during the COVID-19 pandemic. Sociodemographic data form consisting of 22 questions, Maslach Burnout Questionnaire consisting of 22 questions and Minnesota Job Satisfaction Questionnaire consisting of 20 questions were applied to 417 family medicine specialists working in Turkey. Within the scope of data analysis, descriptive statistics, group comparison tests and correlation coefficient were used. IBM SPSS Statistics 20.0 program was used for statistical analyzes and calculations and the significance level was accepted as 0.05.

RESULTS: It was determined that the mean age of 417 family medicine specialists participating in the study was 39.82 ± 7.84 (\pm Standard Deviation (SD)) and 59% of the participants were female and 41% male. The mean internal satisfaction score of family medicine specialists was 3.38 ± 0.67 , the mean external satisfaction score was 2.77 ± 0.74 , and the mean overall job satisfaction score was 3.13 ± 0.64 . The job satisfaction scores of the participants showed a significant difference only according to the income status of the demographic variables. The mean emotional exhaustion score of family medicine specialists was found to be 18.42 ± 7.00 , the mean depersonalization score was 7.02 ± 3.65 , and the mean personal achievement score was 19.97 ± 3.94 . While the burnout scores of the participants differ according to the demographic variables of having a child and income status; A significant difference was found for the variables other than the variables of administrative duty, the variables of working life, and the number of patients before the COVID-19 pandemic.

CONCLUSION: The health system is a whole with every step. Each step in which there is a disruption will definitely affect the other negatively over time. A strong primary health care service is the most important factor that will ensure the financial

sustainability of our country's health system. Quality and sustainable service is possible with employees with high job satisfaction. For this, improving the physical spaces of the employees, the closeness of the workload, the responsibility received for the work done and the wages received for the work, with the equivalent profession groups or their colleagues from developed countries, will positively affect job satisfaction. One of the situations that most negatively affect the employees is the legislative changes that threaten the job guarantee, which negatively affects job satisfaction. In this context, it is necessary to consider the situations that cause burnout of family medicine specialists.

KEY WORDS: Family medicine, Family medicine specialist, COVID-19, Job satisfaction, Pandemia; Burnout

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği en genel ifadeyle bir uzmanlık alanı olarak ele alınmakta ve uzman olan aile hekimi birinci basamak iyileştirici hizmetleri sunmak üzere eğitilmiş hekim olarak tanımlanabilmektedir. Aile hekimi hastalarına kendi görüşme odasında, hasta evlerinde, klinik ve hastanede hizmet sunabilmektedir. Hizmetteki temel amacı ise erken tanı koymaktır. Aynı zamanda hastalarının bakım sürecinde sağlık durumlarını değerlendirmesinin yanı sıra fiziksel, ruhsal ve toplumsal faktörleri de göz önünde bulundurarak bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşım geliştirir.

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uzmanları ve aile hekimliği birinci ve ikinci aşama uyum eğitimlerini tamamlamış sertifikalı aile hekimi unvanlı genel pratisyenler tarafından sunulmaktadır. Buna bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini, aile sağlığı merkezleri ve entegre aile sağlığı merkezlerinde sunma yöntem ve teknikleri aile hekimliği sistemi olarak ele alınmaktadır.

Aile hekimliği temel bir disiplin olarak tanımlanmakta ve aile hekimi genel tanımıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini sunabilmekte aracı olan, bu sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlayan aynı zamanda sağlık sorunlarını sosyal, kültürel, fiziksel gibi farklı boyutlarıyla ele almakla yükümlü hekimler olarak nitelendirilmektedir (WONCA 2002). Aile hekimliğine olan ihtiyaç ilk kez Francis Peabody tarafından 1923 yılında gündeme getirilmiştir. Bu ihtiyacın doğurduğu sebepler arasında tıpta aşırı uzmanlaşmaya bağlı olarak hastaların ortada kaldığının görülməsi ve insanların bir bütün olarak ele alınıp değerlendirilmesi gerekliliği yer almaktadır. Bu sonuçların yansımaları İngiltere’de görülmüş ve 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. Daha sonraki süreçte ise, Amerikan Tıp Birliği’nin 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlamasıyla birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri alanında çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan ‘Aile Hekimliği’ tanınmıştır. Dünya genelinde yapılan bu tanınmanın Türkiye yansımaları ise ‘Toplum Hekimliği’ olarak görülmüş ve bütüncül yaklaşımın 224 sayılı yasa ile

basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmesine çalışılmıştır (Paycı ve nloğlu 2004).

Türkiye’de süreç içerisinde sağlık sistemleri alanında pek çok yenilik ve değişim görülmüş ve değişimler farklı ihtiyaçların da doğumuna sebep olmuştur. lke ve toplum bazında karşılanması gereken ihtiyaçların tespiti yapılırken, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan hekimlerin bu süreçte iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin de olumlu ya da olumsuz etkileri taşıyabileceği konusu gündeme gelmiştir.

Sürekli ve yoğun çalışma hayatına sahip olan hekimlerin, iş yaşamı ve iş ortamında farklı sorunlarla karşılaşabildiği öngörülmektedir. Bu bağlamda iş yaşamında karşılaşılan sorunlar, günlük yaşamın getirdiği stres, insanlarla olan yoğun etkileşim ve iletişim hekimlerde iş tatminsizliği ve tükenmişlik gibi durumları da gösterebilmektedir (zdemir 2003). Tükenmişlik bu anlamda genel tanımıyla bireysel anlamda kişinin iş yaşamına kadar geliştirdiği kaynaklarının bitmeye yaklaşması ve buna bağlı olarak kişinin bir umutsuzluk döngüsü içerisinde saplantılı bir hale bürünmesi aynı zamanda bu durumun çıktısı olarak kişinin iş yaşamından el çekmesi ya da kendini soyutlama boyutuna gelmesi şeklinde de tanımlanabilmektedir (zbek ve Girgin 1994).

Karlıdağ ve ark. (2000) ‘Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi’ adlı çalışmasında, ğretim görevlisi hekimlerin iş doyum düzeyleri pratisyen, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin iş doyum düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada bu durumun sebebi olarak ise, pratisyen hekimlerin mesleki anlamda beklentilerinin gerçekleşmemesi ve mesleki roller konusunda belirsizlik yaşamaları olarak görülmüştür.

Kaçmaz 2005 yılında yaptığı çalışmada, doğrudan insana hizmet veren bir meslek grubu olan hekimlikte tükenmişlik sendromunun diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla görülebildiğini saptamıştır. Aynı zamanda insan ilişkilerinin önem arz

ettiği meslek gruplarının tikenmişlik sendromu gibi duygusal olumsuzluklara daha açık olduğunu da belirtmiştir (Kaçmaz 2005).

Ergin (1996) yaptığı çalışmada, aşırı stres yüklü ortamlarda çalışan sağlık çalışanı ve hekimlerin tikenmişlik sendromuyla sık olarak karşı karşıya geldiğini belirtmiştir.

Musal ve ark. (1995) yaptıkları çalışmada ise, iş doyumunu ile tikenmişlik sendromu arasında ilişki belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışma kapsamında iş doyumunun tikenmişlik sendromu üzerinde önemli bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda hekimlerin de iş doyumunu tikenmişlik sendromu ilişkisinden en fazla etkilenen meslek grubu olduğu da belirtilmiştir.

Aile hekimliği uzmanlarının; çalışma şartları, meslek yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, insan hayatı üzerine önemli sorumluluklar alma gibi faktörlere bağlı olarak ruh sağlıklarının olumsuz etkilerle karşı karşıya kalabildiği görülmektedir. Buna bağlı olarak iş yaşamından haz almama, insani ilişkilerin bozulması ve meslekten uzaklaşma gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.

Yukarıda bahsedilen bilgiler işığında, bu çalışmada pandemi döneminde aile hekimliği uzmanlarının iş doyumunu ve tikenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda sağlık alanını birincil olarak etkileyen pandemi sürecinin, hekimlerin iş doyumunu ve tikenmişlik düzeylerindeki etkisinin ortaya konabileceği ve literatüre katkı sağlanabileceği öngörülmektedir

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI

Aile hekimliği, bir gereksinim sonucu doğmuş olmakla birlikte ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından savunulan tıp alanında görülen aşırı uzmanlaşmanın bir sonucu olarak hastaların bir bütün olarak ele alınmasını gerektiren bir uzmanlık alanının gereksinimi gerçeği şeklinde bir görüş çerçevesinde ortaya konmuştur. Daha sonraki yıllarda ise American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)'ın Willard Raporları'nı yayınlaması üzerine 'Aile Hekimliği' olarak bir tanım yapılmış ve aile hekimliği birincil bakım alanında çalışan yeni bir uzmanlık alanı olarak tanınmıştır (Çağlayaner 1995, Rakel, 2002).

1974 yılında Hollanda Leuwenhorst'te yapılan 2. Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda aile hekiminin evrensel boyuttaki tanımı yapılmıştır. Bu tanım kapsamında aile hekimi "Yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve birincil basamak sağlık hizmeti veren uzmanlaşmış tıp doktoru" şeklinde ele alınmıştır. Bununla birlikte aile hekiminin temel amacı da erken tanı koymak olarak belirtilmiştir. Aynı zamanda bir aile hekiminin sağlık ve hastalık hakkındaki fikirlerine psikolojik, sosyal ve fiziksel faktörleri de dahil edebileceği açıklanmıştır (Aktürk ve Set 2010).

Dünya genelinde aile hekimliği alanında görülen gelişmelerin Türkiye'deki yansımaları ise, 1960'lı yıllarda görülmeye başlanmıştır. Bu alanda Türkiye'de 1960'lı yılların başında 'Toplum Hekimliği' adı altında Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmış olan "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" kapsamında bütüncül hasta yaklaşımı ve genel pratisyenlik, basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmiştir (Fişek 1985).

Aile hekimliği, bir disiplin ve bir uzmanlık alanı olarak da ele alınmaktadır. Buna bağlı olarak aile hekimi; sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak, sağlık sorunlarını sosyal, fiziksel gibi farklı boyutlarıyla ele almak, etkili yöntem ve girişimlerle hastaların sağlık ve iyilik durumlarını geliştirmek, hastalarının akut ve

kronik durumlarını aynı anda yönetmek gibi görevleri olan uzman olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda WONCA 2002 yılında yaptığı aile hekimi tanımında; aile hekimlerinin belirli bir disiplin içerisinde eğitilen ve genel tıp uygulayarak hizmet veren hekimler olduklarını da belirtmiştir (WONCA Europe, 2002, The European Definition of General Practice/Family Medicine).

Aile hekimleri; hastalarına cinsiyet, yaş ya da hastalık bakımından bir ayırım gözetmeksizin tıbbi bakım sağlamakla görevli kişiler olarak da tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra aile hekimleri, hastalarıyla iletişim halinde olan ve gerekli mesleki donanımını kullanarak onların bedensel, ruhsal ve toplumsal durumlarını bir arada değerlendirerek hasta özerkliğine saygı duyan doktorlar şeklinde ele alınmaktadır. Bu durumda aile hekimlerinin toplumda var olan kaynakları baz alarak ve gerekli görüldüğü takdirde bu kaynaklara ulaşmada da bireylere yardımcı olabilecek ve bunu yaparken gerek kendi gerekse diğer meslek çalışanlarının hizmetlerinden faydalanabilecek doktorlar olduğu da vurgulanmaktadır (WONCA Europe, 2002, The European Definition of General Practice/Family Medicine).

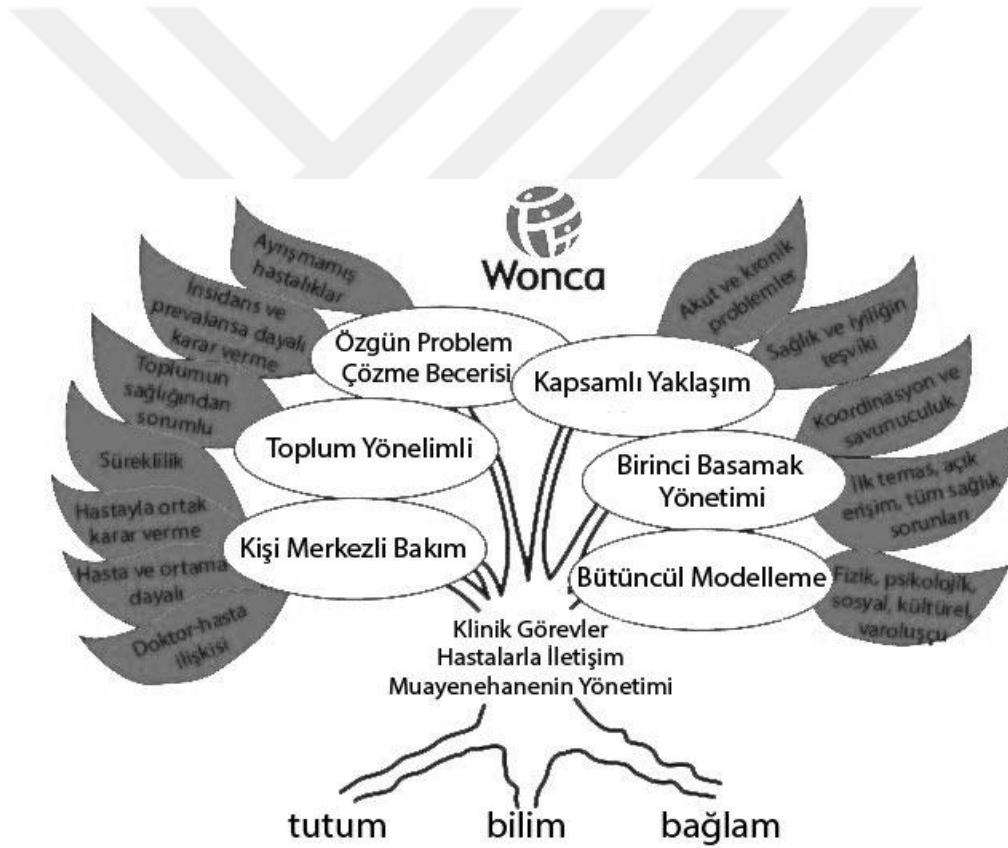
2.2. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ

Aile hekimliği disiplininin temel özellikleri aşağıda yer aldığı şekilde sıralanabilmektedir:

1. Hizmet almak adına başvuran bireylere açıktır ve sınırsız erişim olanağı vermektedir. Aynı zamanda hastalarında ilk tıbbi temas noktası olarak görülmektedir.
2. Doktor ve hasta arasında gelişen etkileşimli olağan bir süreci kapsamaktadır.
3. Aile hekimi hastalarının sağlık gereksinimleri konusunda devamlılığı sağlamakla yükümlüdür.
4. Aile hekimleri hastalarının akut ve kronik rahatsızlıklarının eş zamanlı olarak yönetilmesinden sorumludur.
5. Aile hekimliği disiplini bireye, çevresine ve topluma yönelik birey merkezli bir yaklaşım modeli gerektiren bir disiplindir.

6. Hastalıkların tanısı belirlenirken toplumdaki insidans ve prevalansı çok belirleyici bir rol almaktadır.
7. Sağlık sorunları bedensel, sosyal, kültürel ve psikolojik yönleriyle bir bütün olarak ele alınmaktadır.
8. Hastaların tedaviye dâhil edilme ve katılım süreçlerine katkı sağlamaktadır.
9. Aile hekimliği disiplini özellikle toplum sağlığı konusunda önemli bir rol üstlenmektedir.
10. Hastalıkların erken tanısında özel bir yer tutmaktadır.

Aynı zamanda İsviçre Birinci Basamak Koleji tarafından yapılan WONCA ağacı ise aile hekimliğinin çekirdek yeterliklerini ve özelliklerini şekille açıklamaktadır.



Şekil 1. WONCA Ağacı (2004/2011 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger www.kollegium.ch <http://www.woncaeurope.org/> Çeviri: Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK)

Çekirdek yeterlilikler uzmanlık alanının temel özelliklerini belirtmekle birlikte eğitim, araştırma ve kaliteyi geliştirme konusunda yol gösterici bir rolde üstlenmektedir. Çekirdek yeterlilikler içerisinde yer alan birinci basamak yönetimi, bireysel sağlık bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bunların uygulanması konusunda yükümlü olan klinisyenlerin sağlık bakım hizmetlerini sağlaması şeklinde ele alınmaktadır. Kişi merkezli bakım yeterliliği ise, hastanın ihtiyaçlarına yönelik olarak bakımının sürekliliğinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Özgün problem çözme becerisi yeterliliği, hastayı yöneterek gerekli görülen durumlarda müdahalenin yapılması içeriğini yansıtmaktadır. Kapsamlı yaklaşım yeterliliği, hastaların akut ve kronik rahatsızlıklarının eş zamanlı olarak yönetilmesi konusuna vurgu yapmaktadır. Bununla birlikte toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım da çekirdek yeterlilikler içerisinde değerlendirilmektedir (Akdeniz ve ark. 2011, Mevsim 2012, WONCA 2002).

2.3. AİLE HEKİMİNİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Aile hekimi, sağlık bakanlığı tarafından yürütülmekte olan özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli hekim olarak ele alınmaktadır. Aynı zamanda aile hekimi; aile sağlığı merkezini yönetmek, beraberinde çalıştığı sağlık ekibini denetlemek ve gerekli hizmet içi eğitimleri sağlamakla da yükümlü olmaktadır. Aile hekiminin uygulama yönetmeliği çerçevesince belirtilen görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

1. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.
2. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgede bulunan toplum sağlığı merkezine bildirmek.
3. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
4. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
5. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

6. Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
7. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapmak.
8. Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yurütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
10. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
12. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
13. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
14. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.
15. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reğete ve sair belgeleri düzenlemek.
16. Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitilmelere katılmak.
17. Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak (T.C Resmi Gazete, 25.01.2013 Sayı: 28539):

2.4. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ

25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde 3. maddede yer alan aile hekimi belirtilen şekilde ele alınmaktadır: “Aile hekimi; bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık noktasında ayırım gözetmeksizin, her bireye kapsamlı ve süreklilik ilkesine uygun olarak belirli mekânda vermekle sorumlu, gereken ölçüde gezici sağlık hizmeti de verebilen ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir”. Aynı zamanda yönetmelikte aile sağlığı merkezi “Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmıştır (TUK 2017).

Türkiye’de aile hekimliği disiplini ilk kez 1960’lı yıllarda gündeme gelmiş ancak o dönem içerisinde sağlık ocaklarının hekim fonksiyonları kapsamında değerlendirilmiş ve bu bağlamda ayrı ve kendine özgü bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmamıştır. 1983 yılında ise, daha önce Dünya genelinde tanımı yapılan ve diğer alanlardan ayrı bir disiplin olarak görülen aile hekimliğinin Türkiye’de de bir uzmanlık alanı olarak görülmesi zorunlu kılınmıştır. Bu dönemde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınan aile hekimliği Türkiye’de de bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. 1985 yılında ise, aile hekimliği uzmanlık eğitimlerine Ankara, İzmir ve İstanbul’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. Bunu takip eden yıllarda Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" tarafından Ankara, Adana, Bursa ve İzmir’de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır. 1995 yılında ise, Sağlık Bakanlığı "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı" nı yayınlamıştır (Algın ve ark. 2004).

Yukarıda bahsedilen bilgilerden ve Türkiye’nin süreç içerisinde değişim ve dönüşümünden de yola çıkarak Türkiye’de aile hekimliğinin tam anlamıyla oluşum ve gelişimi 2000’li yıllarla birlikte olmuştur. Aile hekimliği Türkiye’de 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan Acil Eylem Planı’nda "Herkesin Sağlığı" başlığı

kapsamında değerlendirilen temel hedeflerin açıklanmasıyla ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında topluma duyurulmasıyla başlamakta ve günümüze kadar gelmektedir (Çavmak ve Çavmak 2017). Sonraki yıllarda ise, ülkemizde aile hekimliğinin uygulanabilirliği için "Aile Hekimliği Türkiye Modeli" geliştirilmiştir. Türkiye'de tüm illerin aile hekimliği uygulamasına geçmesi ise 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Buna bağlı olarak hastaların tanı, teşhis ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile hekimleri aracılığıyla verilmesi de sağlanmıştır (Kantarıcı, 2015; Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Türkiye Modeli, 2004).

Günümüzde aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamak için Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girilerek, üniversite hastanelerinde veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki bir uzmanlık eğitim programına yerleşmek gerekmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı üç yıl olarak belirlenmiştir. 15.11.2017'den itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitim programı, dört ay iç hastalıkları, dört ay çocuk sağlığı ve hastalıkları, üç ay kadın hastalıkları ve doğum, iki ay ruh sağlığı ve hastalıkları, bir ay acil tıp, bir ay kardiyoloji, bir ay göğüs hastalıkları, bir ay deri ve zührevi hastalıkları ve bir ay nöroloji, fizik tedavi veya genel cerrahi rotasyonları olmak üzere toplamda 18 ayı kapsamaktadır. Geriye kalan süreçte ise, aile hekimliği uyum eğitimi ve uygulaması gerçekleştirilmektedir (TUK 2017).

Türkiye'de çağdaş aile hekimliği sayesinde sağlık hizmetlerinin kişilere dengeli şekilde ulaştırılabilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin halkın katılımını da kapsayacak şekilde kişilerin çevrelerinde, koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici boyutlarıyla sunulması amaçlanmıştır. Buna bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin süreklilik ilkesine de dayanarak, geliştirilmesi ve güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Aynı zamanda kişilerin gereksinimleri göz önünde bulundurularak, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla pay verilmesi ve sevk sisteminin uygulanması da temel prensipler içerisinde yer almaktadır. Bu durum sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde görülebilecek yoğunlukların önlenmesi sağlanacak ve bu basamaklardaki hastalara yeterli zamanın ayrılmasına zemin hazırlayacaktır (hsqm.saglik.gov.tr, erişim tarihi: 05.09.2020).

2.5. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI

Aile hekimliği diğerk bir adıyla genel pratisyenlik, kendine özgü eğitim kapsamı, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulamasına sahip olan bilimsel ve akademik bir disiplin olarak tanımlanan birinci basamak eğilimli klinik bir uzmanlık şeklinde ele alınmaktadır (WONCA 2011).

Aile hekimliği uzmanlığı için Avrupa Birliği tarafından 1995 yılında, birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin aldıkları tıp eğitimlerinin beraberinde en az iki yıl daha eğitim görekerek gerekli donanımına sahip olmalarını sağlayabilecek bir karar alınmıştır. Ancak bahsedilen uzmanlık eğitimi süresi ülkeler bazında farklılık göstermekte ve bu süreç iki ile altı buçuk yıl arasında değişebilmektedir (Elçin 1998, Paycı ve Ünlüoğlu 2002).

Türkiye’de ise Aile hekimliği uzmanlığı, ilk kez 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almış ve 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitime başlanmıştır. Bununla birlikte ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuştur. 1993 yılında, Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı kapsamında tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulunmuştur. Bu kararla birlikte 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve asistan eğitime başlamıştır (Ungan ve Ceyhun 2006).

Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 1219 Sayılı Kanun Geçici Madde 9’da belirtildiğı üzere; 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta iken, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmadan, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alabilir. Bu eğitimin uzaktan ve/veya kısmî zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabildiğı, en az altı yılda tamamlanması gerektiğı belirtilmiştir ve eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesinin de devam edeceği eklenmiştir.

2.6. COVID-19 PANDEMİSİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 yılında koronavirüsün hızla yayılması ve insanlar üzerindeki etkileri nedeniyle pandemi ilan edilmiştir. DSÖ tarafından 05.08.2021 tarihi itibarıyla teyit edilmiş 200.174.883 COVID-19 vakası ve 4.255.892 COVID-19 kaynaklı ölüm bildirimi yapılmıştır (DSÖ 2021).

Bildirimi yapılan vakaların çoğunun aynı zamanda virüsün çıkış noktası olarak görülen Çin'in Hubei Eyaletine bağlı Wuhan şehrinde olduğu da bilinmektedir (Rothan and Byrareddy 2020). 3 Ocak 2020'de Çin'deki ulusal sağlık makamlarının DSÖ'ye bildirdiği veriler kapsamında; 11 hastanın ağır, 33 hastanın stabil olduğu nedeni belli olmayan 44 pnömoni vakası bulunmaktadır. Bu anlamda bilinen ilk vakalar, ateş, öksürük, dispne, respiratuvar yetmezlik ve radyolojik olarak görüntülenen pnömoni gibi nedenlerle hastaneye başvurmuş ve tamamının Wuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Toptancı Pazarı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. 7 Ocak 2020'de yayınlanan raporda ise, hastaların boğaz sürüntülerinin incelenmesi ile yeni bir potansiyel ajan ortaya atılmıştır (Sohrabia ve ark. 2020). 8 Ocak 2020'de ise, patojenin genetik diziliminin açıklanmasıyla yeni tip koronavirüs tespit edilmiştir. Hastalıktan sorumlu tutulan etkenin yeni tip koronavirüs (2019-novel coronavirus, 2019-nCoV) olduğu ve 11 Ocak'ta laboratuvar analizleriyle doğrulanarak, DSÖ bu yeni tip koronavirüsün varlığını 12 Ocak 2020'de duyurmuştur.

Yeni tip koronavirüs enfeksiyonunun pandemi olarak ilan edilmesinin ardından ilk önlemler virüsün de kaynağı olarak Wuhan'da alınmaya başlanmış ve ülkeler bazında genişletilmiştir. Buna bağlı olarak havaalanları, diğer ulaşım alanları ve toplu taşıma araçları kullanıma kapatılmıştır (Li et al. 2020).

Pandeminin Dünya çapında hızlı seyretmesi ve görülen vaka artışlarının ardından, DSÖ tarafından toplum sağlığı üzerine açıklamalar yapılmış ve virüs yayılımının azaltılması kapsamında erken teşhis, izolasyon ve enfekte hastaların izlenme ve takip sistemi gibi boyutların ele alınması gerekliliği gündeme getirilmiştir (Sohrabia et al. 2020). Bununla birlikte insanların ilaç tedavileri kapsamında birinci elden ulaşım

sağladıkları eczaneler ve burada çalışan personellerin eğitilmesi aynı zamanda mevcut eczane hizmetlerinin yeterliliği konusunda da açıklamalar yapılmış ve COVID-19 tedavisinde kullanılabilecek olan gerekli ilaçların tedarik, ulaşım, dağıtımları konusunda çevrimiçi mobil uygulamalara başvurulmuş ve bu sayede virüsün yayılımının engellenmesi noktasında gerekli tedbirler alınmıştır (Zheng et al. 2020).

Türkiye’de COVID-19 ile ilgili çalışmalar ise, 10 Ocak 2020’de başlamış ve 22 Ocak 2020’de T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde alınan önlemler ile ilk COVID-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu ülkelerden sonra 11 Mart 2020’de görülmüştür. İlk vakanın tespitinden sonraki süreçte ise, salgın ile ilgili temel strateji, halk sağlığı önlemleri ile vaka görülme hızının düşürülmesi ve salgın eğrisindeki yükselişin yavaşlatılması ile sağlık hizmetine olabilecek yoğun talebin önüne geçilmeye çalışılmıştır. Buna bağlı olarak saha ve klinik iş birliği sayesinde COVID-19’a bağlı tıbbi sonuçların (ağır hastalık, yoğun bakım gereksinimi, ölüm, engellilik vb.) ağırlaşmasının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Ülke bazında COVID-19 pandemisine yaklaşım modelimiz kademeli şekilde salgının azaltılmasını sağlama, gerekli önlemlerle birlikte salgının yayılım hızını engelleme ve böylece salgının kontrol altına alınmasının sağlanmasıdır.

2.7. İŞ DOYUMU

İş doyumunu en genel tanımıyla, işin içeriği ve işin gerçekleştiği ortama yönelik bireyin olumlu tutumlarının tümü olarak ele alınmaktadır (Yalçın ve ark. 2005). Aynı zamanda iş doyumunu, bireyin işine verdiği pozitif değerler bütünü olarak da tanımlanabilmektedir (Glisson and Durick 1988). Bunun yanı sıra Schultz iş doyumunu, bireyin işine yönelik geliştirdiği psikolojik eğilimler olarak açıklamaktadır (Schultz and Schultz 1990). Locke ise iş doyumundan, kişinin işine biçtiği değer olarak bahsetmektedir (Locke 1976).

Fred Luthans’a göre iş doyumunun üç önemli noktası bulunmaktadır. Bunlar:

1. İş doyumu, duygusal eğilimli bir kavramdır. Bu yönüyle somut olarak görülemez ve yalnızca hissedilebilir.
2. İş doyumu, genel tanımıyla yapılan işin çıktılarının iş üzerinden beklentileri karşılama bağlamı kapsamında ele alınabilmektedir.
3. İş doyumu, birbirleriyle ilişkili pek çok farklı tutumu da bünyesinde barındırmaktadır. Bunlar genel anlamda ücret, yapılan iş, terfi gibi imkanların yönetim tarzı şeklinde olmaktadır (Luthans 1992).

İş doyumu bünyesinde farklı faktörleri barındırmakta ve faktörler bireysel ve işin kendisinden doğan faktörler olarak ele alınabilmektedir. Bireysel faktörler; cinsiyet, yaş ve bireysel tutumlar gibi niteliklerin iş doyumu üzerine etkilerini ele almaktadır. Bu anlamda yapılan çalışmalarda cinsiyetin, iş doyumu üzerinde kesin bir etkisinin olduğu saptanmamış ancak kadınların işlerinden erkeklere oranla daha fazla doyum elde ettikleri yönünde bulgular sunulmuştur (Derin 2007, Parahoo and Barr 1994). Bununla birlikte yaş faktörünün iş doyumu üzerinde etkilerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar kapsamında erken yaşta iş yaşamına dahil olan bireylerin otuzlu yaşlarında iş doyumlarında bir düşüş, bunu takip eden yıllarda ise bir artış olduğu saptanmıştır (Davis 1984). Aynı zamanda bireylerin sahip oldukları bilişsel yeteneklerin de iş doyumu üzerinde önemli etkilerinin olduğu çalışmalar bulunmaktadır. İş doyumunun zeka ile doğru orantılı olduğu düşünülmekte ve zeki insanların iş performansı sergileme konusunda kendilerini yeterli görmelerinden dolayı işlerine karşı daha pozitif bir bakış açısı geliştirebilecekleri öngörülmektedir (Schultz and Schultz 1990).

İş doyumunu oluşturan iş ve işin yapıldığı ortama bağlı olan nedenler ise, doğrudan iş doyumu üzerinde etkisi olan faktörler olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda işin zorluk derecesinin iş doyumunu olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak ele alındığı çalışmalar bulunmaktadır (Saal and Knight 1988). Aynı zamanda iş ortamlarında çalışanların ödül beklentilerinin karşılanması da iş doyumunun olumlu yönde etkilenmesini sağlamaktadır. Terfi gibi bir durumda çalışanın statü ve maaş olarak üst seviyede yer alması, çalışana işine karşı güdüleyebilmekte ve işine oldukça olumlu bir tutum geliştirmesine destek olmaktadır (Davis 1984). Bu anlamda iş

doyumunun sağlanması iş ortamına da pek çok faydayı beraberinde getirmektedir. Bu faydalardan ilki yüksek moral sağlanması olarak ele alınmaktadır. Çalışanlarda yüksek moral sağlanması, onların işlerine motive olmasında ve iş ortamlarına katkı sağlamasında önemli bir faktör olarak görülmektedir. Aynı zamanda çalışanların sahip olduğu yüksek moral; çalışmaya istekli olma, işyerinin hedeflerini yerine getirme, iş ortamına bağlı olma, görevlerini yüksek bir enerjiyle yapabilme gibi farklı olumlu durumları da sağlayabilmektedir (Acar 2007).

İş doyumunu kapsamında çalışanların iş yerine bağlanması da, işten elde edilen verim konusunda olumlu çıktılar sunmaktadır. Bununla birlikte çalışanların iş yerinin bir parçası olarak kendilerini iş ortamına ait hissetmeleri ve bu bağlamda gerekli olumlu duygular geliştirmeleri de iş doyumunu üzerindeki olası sonuçlar olarak görülmektedir (Acar 2007).

İş doyumunu sağlanmadığında ise farklı boyutlarıyla pek çok olumsuzluk açığa çıkabilmektedir. Bunlar bireysel ve işletme açısından ortaya çıkan olumsuzluklar biçiminde ele alınmaktadır. Bireysel açıdan ortaya çıkan olumsuzluklar, çalışanın düşüncel gücünü kapsamakta ve iş ortamına aitlik konusunda olumsuz tutum geliştirmesine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak iş ortamında bedensel yönüyle performans sergileyen çalışan aslında düşünsel yönüyle iş ortamında orada bulunmamakta ve aitlik duygusunu tam anlamıyla yakalayamamaktadır. Bu durum işin verimine yansıyabileceği gibi, işletmeye de zarar boyutuyla yansıma görülebilmektedir (Ekşi 2006).

İş doyumunu etkileyen faktörler aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir:

1. Örgütsel Faktörler: Ücret, terfi imkânları, işin niteliği, iş ve çalışma politikaları, çalışma şartları
2. Grup Faktörleri: Çalışma ve mesai arkadaşları, danışman veya nezaretçi tutumları
3. Bireysel Faktörler: İhtiyaçlar, beklentiler, istekler, bireysel çıkarlar (cinsiyet, aynı işte kalma süresi, yaş, eğitim, statü, kişilik, zekâ, yetenek)
4. Kültürel Faktörler: İnançlar, değerler ve tutumlar
5. Çevresel Faktörler: Ekonomik, sosyal ve devlete ait tüm faktörler

2.8. TÜKENMİŞLİK

Tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberger tarafından, bireylerin diğer insanlara karşı duyarsızlaşması ve kişisel bağlamda başarı ve yeterlilik gibi duyguların azalması şeklinde 1974 yılında tanımlanmıştır (Freudenberger 1974).

Bunu takip eden yıllarda Maslach tükenmişliği, kişinin meslektan kopmasına bağlı olarak insanlarla ilgilenmeme ve bireyin özgün doğal yapısını yitirmesi olarak ele almıştır (Maslach 1976).

Edelwich and Brodsky (1980) tükenmişliği, kişinin içinde bulunduğu iş ve çalışma koşullarına bağlı olarak sahip olduğu enerjiden yoksun kalması ya da kişiyi iş yaşamında amaca götüren niteliklerden saparak bir çıkmaza sürüklemesi olarak tanımlamıştır.

Cherniss ise tükenmişliği, kişinin iş yaşamında yaşadığı ya da var olan iş yaşamında karşılaştığı stres veya diğer faktörlerin kendisine sağladığı etkiye bağlı olarak, kişi psikolojinin iş ortamından soyutlanarak kendini geri çekmesi ve arka planda tutması olarak değerlendirmiştir (Fawzy et al. 1991).

Tükenmişlik, bireysel anlamda kişinin iş yaşamına kadar geliştirdiğı kaynaklarının bitmeye yaklaşması ve buna bağlı olarak kişinin bir umutsuzluk döngüsü içerisinde saplantılı bir hale bürünmesi aynı zamanda bu durumun çıktısı olarak kişinin iş yaşamından el çekmesi ya da kendini soyutlama boyutuna gelmesi şeklinde de tanımlanabilmektedir (Özbek ve Girgin 1994).

Tükenmişlik, kişinin aşırı iş yükü ile karşı karşıya geldiğinde kişisel beklentilerin karşılanmasına ayrılan zamanın azalmasına bağlı olarak, kişinin beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen etmenler bütünü olarak da değerlendirilebilmektedir (Cordes and Dougherty 1993).

Bahsedilen tanımlardan da yola çıkılarak tükenmişliğin kişiyi ve çalışma hayatını olumsuz yönde etkilediği öngörülmektedir. Bu bağlamda tükenmişlik içerisinde değerlendirilen farklı boyutlar da bulunmaktadır. Bunlar aşağıda yer aldığı şekilde sıralanabilmektedir:

1. İşe ve çalışmaya ilişkin kişisel bağlamda değerlendirilen enerji azalması
2. Kişilere olağanüstü beklentilerin var olduğunun aktarılması ve bunun karşılığında küçük ödüllerin verilmiş olması
3. Kişinin yaşadığı umutsuzluk ve çaresizlik hissi
4. İşlevselliğin alternatif boyutlarının algılanamaması
5. Kişinin hem kendisi hem de iş ortamına karşı belli bir süreç içerisinde geliştirdiği negativistliktir (Özbek ve Girgin 1994).

Bahsedilen etmenler bağlamında kişiler kişisel bir tükenmişlik hali içerisine girebilmekte ve bu hali etrafına da yansıtarak düşünsel anlamda büyütebilmektedir. Bu noktada kişisel tükenmişlik etmenleri gündeme gelmekte ve kişide bu etmenlerin belirlenmesiyle tükenmişlik tanısının konulabilmesi öngörülmektedir. Kişisel tükenmişlik etmenleri içerisinde; kişisel özellikler, medeni durum, kişinin duygularının analizi, demografik özellikler, eğitim durumu, çalışma süresi, benlik gücü, motivasyon düzeyi gibi nitelikler yer almaktadır (Örmen 1993). Yapılan literatür taramasına bağlı olarak tükenmişlik kavramı çerçevesinde literatürde farklı görüşlerin yer aldığı görülmektedir. Bu görüşlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir.

Freudenberger'in tükenmişlikle ilgili görüşleri: Tükenmişlik kavramını da ilk kez ortaya atan Freudenberger, tükenmişliği genel bağlamda aşırı beklenti karşısında kişinin sahip olduğu başarısızlık ve umutsuzluk duygusu olarak nitelendirmektedir. Aynı zamanda tükenmişliğin öfke, ani sinir, yıpranma, ciddi enerji kaybı ve engellenme hissi yaşamaya bağlı olarak duygusal boşalma gibi sonuçlara da yol açtığını belirtmiştir (Freudenberger 1974).

Maslach'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri: Maslach tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması şeklinde üç boyutta ele almaktadır. Ayrıca kişinin aşırı iş yüküyle karşılaşmasında duygusal tükenme yaşadığı ve

duygularından arınarak çevresine ve insanlara karşı duyarsızlaşabildiğini de belirtmiştir (Maslach 1976).

Pines'in tükenmişlikle ilgili görüşleri: Pines tükenmişliği duygusal anlamda tükenen ve tükenmekte olan ortamların birey üzerinde sebep olduğu fiziksel ve psikolojik sonuçları olarak değerlendirmektedir. Bu bağlamda kişinin yorgunluk, halsizlik, mutsuzluk gibi niteliklere sahip olacağı ve bu durumların kişinin kendini değersiz hissetmede önemli bir rol oynayabileceği vurgusunu yapmıştır. Aynı zamanda kişinin içinde bulunduğu stresli ve ödülü az yaşamlarında tükenmişlik hissini tetiklediğini belirtmiş ve buna bağlı olarak kişinin duygusal çöküşünün olabileceğini açıklamıştır (Sürgevil 2005).

Konu alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde tükenmişliğin dört evrede toplandığı ve bu evreler içerisinde ele alındığı görülmektedir (Ergin 1992). Bu evreler ve içerikleri aşağıda belirtildiği gibidir:

1. Evre- *Şevk ve coşku evresi:* Bu dönem içerisinde kişilerin meslekten beklentileri oldukça yüksek seviyelerde seyretmektedir. Aynı zamanda bu evre içerisinde yer alan kişiler çalışma yaşamlarının zorluklarını göze alan ve elinde bulunan imkânlar dâhilinde yaşamını sürdüren kişilerdir.
2. Evre- *Durağanlaşma evresi:* Kişi içinde bulunduğu bu dönemde daha önce yaşadığı zorluklara ve olumsuzluklara zihninde yer vermeye başlamaktadır. Bu süreçte yaptıklarını da sorgulamaya başlayan kişide umutsuzluk belirtileri görülmeye başlar.
3. Evre- *Engellenme evresi:* Bu dönemde kişi olumsuz çevre ve iş koşullarının değişmeyeceği konusunda bir kanıya varır. Aynı zamanda içinde bulunduğu sisteminde değişiminin imkânsız olabileceği öngörüsüne sahiptir. Bu hislere sahip olan kişide kendini geri çekme ve girişimci hamlelerden kaçınma görülmektedir.
4. Evre- *Umursamazlık evresi:* Bu dönemde ise kişi, işini severek ve isteyerek değil mecbur olduğu için yapmaya başlar. Bu duruma bağlı olarak iş ve iş yaşamından kopma, kendini soyutlama, sıkılma gibi davranış değişiklikleri gözlenir.

Kişi tükenmişlik sırasında yaşadığı bu evrelerle, süreç içerisinde kendini soyutlamaya, geri çekmeye ve yapabileceği pek çok işten kaçınmaya yönelebilmektedir. Bu durumda da iş ve iş yaşamında kişilerin yaşadığı duruma bağlı olarak tükenmişliğin olumsuz sonuçları görülebilmektedir.

Tükenmişliğin bireyler üzerinde geçici ya da kalıcı rahatsızlıklar oluşturduğu da yapılan çalışmalarla belirlenmiştir. Bireylerde görülen tükenmişliğin yansımalarının oluşturduğu rahatsızlıklar doğrudan değil, kişi üzerinde yapılan bedensel, ruhsal incelemeler sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda bireylerin tükenmişlik sendromunun oluşma kaynaklarının genelini iş yaşamında karşılaştığı zorluklar ve stres oluşturmaktadır. Kişilerin iş yaşamında karşılaştıkları gerginlikler, yaşam içerisinde devam eden bir hal aldığı takdirde bireylerin üzerinde ciddi olumsuz çıktılar görülebilmekte ve yaşam içerisinde silinme gibi olumsuz sonuçları da doğurabilmektedir. Ayrıca tükenmişlik yaşayan bireylerin yalnızca ruhsal anlamda değil fizyolojik olarak da farklı rahatsızlıklara sahip olabileceği bilinmektedir. Baş ağrısı, soğuk algınlığı belirtileri, mide bulantısı bu rahatsızlıklardan bazıları olabilmektedir. Bununla birlikte kişinin yaşam kalitesi de zarar görmektedir (Corcoran 1986, Ersoy 2001).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma; tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olup, aile hekimliği uzmanlarının COVID-19 pandemisi döneminde iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma; Türkiye genelinde yapılmıştır. Araştırmada veriler; Türkiye genelinde sosyal medya araçları kullanılarak ulaşılan aile hekimliği uzmanlarına online anket yöntemi ile 01.05.2021-31.05.2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma için herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamış olup Türkiye’de görev yapan, sosyal medya araçları ile ulaşılan ve gönüllü olarak katılım isteğinde bulunan toplam 417 aile hekimliği uzmanına (idari görevi ve akademik ünvanı olanlar da dahil olmak üzere) online platformlar üzerinden anket uygulanmıştır.

Çalışmamıza dahil edilme kriterleri; aile hekimliği uzmanı (aktif olarak hekimlik mesleğini icra etmek, idari görevi ve akademik ünvanı olanlar da dahil olmak üzere) olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmektir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNETİMİ

Araştırmada; araştırmacılar tarafından hazırlanan ve aile hekimliği uzmanlarının bazı kişisel ve mesleki özelliklerinin sorgulandığı Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), katılımcıların iş doyumlarını değerlendirmek amacıyla Minnesota İş Doyum Ölçeği (Ek-2) ve tükenmişlik düzeylerini değerlendirmek amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden (Ek-3) faydalanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan aile hekimliği uzmanlarının demografik bilgilerini ve çalışma hayatlarıyla ilgili bilgilerini sorgulayan sosyodemografik veri formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, hekimlik süresi, aile hekimliği uzmanlığı süresi, akademik görevde olup olmaması, pandemi öncesi ve pandemi sürecinde günlük poliklinik hasta sayısı, çalışma şartlarından memnuniyet durumu, tıp doktorluğunun isteyerek seçilip seçilmediği, aile hekimliği uzmanlığı bölümünün isteyerek seçilip seçilmediği, aldığı ücretten ve aile hekimliği uzmanlığından memnuniyet durumları, iş yerinin fiziksel koşullarını değerlendirme durumu, işi bırakmayı düşünme sıklığı ile ilgili 22 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ)

Minnesota İş Doyum Ölçeği kısa formu (Minnesota Satisfaction Questionnaire), Weiss et al (1967) tarafından geliştirilmiş olup 20 maddeden oluşan 5’li Likert tipinde yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçekteki maddeler iş kapsamında kullanılan yeteneğin tanımı, sergilenen başarı, işletmeye ait uygulamalar, işten kazanılan maddiyat, iş yerindeki çalışma arkadaşları, iş ortamında sergilenen yaratıcılık, performansı ortaya koymadaki bağımsızlık, işe ilişkin ahlaki değerler, takdir görme, işin getirdiği statü, insanlarla olan yönetsel ilişkiler ve yönetimdeki teknik konular gibi konu başlıklarını içerecek biçimde yapılandırılmıştır (Baycan 1985, Weiss et al. 1967).

Minnesota İş Doyum Ölçeği, içsel doyum (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 ve 20 numaralı maddeler) ve dışsal doyum (5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19 numaralı maddeler) olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. İçsel doyum alt ölçeğinin maddeleri; Ölçeğin puanlanması “hiç memnun değilim” (1), “memnun değilim” (2), “kararsızım” (3), “memnunum” (4), “çok memnunum” (5) biçimindedir. Ölçekte ters puanlanan soru yer almamaktadır. Tüm maddelere verilen yanıtların toplanması ile genel iş doyum puanı elde edilmektedir (Baycan 1985, Weiss et al. 1967).

Ölçeğe ait genel doyum puanı ve alt ölçek puanları ilgili bölümde yer alan maddelerin toplanarak ilgili ölçekteki madde sayısına bölünerek elde edilmektedir. Bu şekilde içsel, dışsal ve genel doyum puanları 1 ile 5 arasında değer almakta olup puanların 1'e yaklaşması doyum düzeyinin düştüğünü 5'e yaklaşması ise yükseldiğini belirtmektedir (Baycan 1985).

Minnesota İş Doyumu Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Baycan (1985) tarafından gerçekleştirilmiş olup bu çalışma kapsamında güvenirlik değeri olarak Cronbach alfa değeri 0,77 hesaplanmıştır.

3.4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory), Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiştir. Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek toplamda 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri yaptığı işten dolayı hissettiği tükenmişlik durumunu, işin kişide sebep olduğu yılgınlık durumunu ve işin kişinin kendisiyle ilgili oluşturduğu başarı durumunu ölçecek maddelerden oluşmaktadır. Bunun yansıması olarak ölçek; tükenmişlik durumunu duygusal tükenme (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı maddeler), duyarsızlaşma (5, 10, 11, 15 ve 22 numaralı maddeler) ve kişisel başarı hissi (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21 numaralı maddeler) olmak üzere üç alt ölçek şeklinde ölçmektedir (Maslach and Jackson, 1981).

Ölçeğin ilk oluşturulan formu 7'li Likert tipinde ("hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün") puanlamaya uygun olarak yapılandırılmış olsa da Türkçeye uyarlanmış formunda 5'li Likert tipinde yapılandırılması uygun görülmüştür. Buna göre sorular "hiçbir zaman" (0), "çok nadir" (1), "bazen" (2), "çoğu zaman" (3) ve "her gün" (4) şeklinde değerlendirilerek alt ölçek puanları elde edilmektedir (Ergin 1992).

Ölçeğin duygusal tükenme alt ölçeği 0-36; duyarsızlaşma 0-20 ve kişisel başarı alt ölçekleri 0-32 arasında puan alabilmektedir. Kişisel Başarı alt ölçeği ifadeleri diğer alt ölçeklerden farklı olarak olumlu olarak ifade edilmiştir. Bundan dolayı bu alt

ölçekten alınan yüksek puanlar tükenmişlik düzeyinin düşüklüğünü gösterirken alınan yüksek puanlar kişisel başarının yüksekliğini ifade etmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden elde edilen yüksek ve kişisel başarı alt ölçeğinden elde edilen düşük puanlar, yüksek düzeyde tükenmişliğin göstergesidir (Maslach and Jackson, 1981). Bu ölçek için tek bir tükenmişlik puanı hesap edilmemekte, bunun yerine alt boyutlardan alınan üç ayrı puanla tükenmişlik düzeyi değerlendirilmektedir (Ergin 1992).

Ölçek için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Ergin (1992, 1996) ve Çam (1995) tarafından yapılmıştır. Çam (1995) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayıları duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı için sırasıyla 0.89, 0.71 ve 0.72'dir.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma kapsamında öncelikle betimsel istatistikler sunulmuştur. Bu kapsamda kategorik değişkenler için frekans ve yüzde hesaplanırken sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma değerleri kullanılmıştır. Çalışmanın temel değişkenler için ayrıca ortalama \pm standart sapmaya ek olarak medyan ile minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır.

Sürekli değişkenlerin iki grup arasında farklılaşma durumu varsayımlar karşılandığı durumlarda (normallik, gruplarda bulunan gözlem sayısı vb.) bağımsız gruplar t testi ile, karşılanmadığı durumlarda ise parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Karşılaştırılacak ikiden fazla grup olması halinde ise farklılaşma durumu varsayımlar karşılandığı durumlarda (normallik, gruplarda bulunan gözlem sayısı vb.) tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile, karşılanmadığı durumlarda ise parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir. ANOVA analizinde varyansların homojenliği Levene testi ile incelenmiş olup eğer farklılaşma ortaya çıkarsa farklılığın hangi gruplar arasında olduğu çoklu karşılaştırma testleri (varyanslar homojen ise Tukey ya da Bonferroni, varyanslar homojen değilse Tamhane's T2) ile kontrol edilmiştir. Kruskal-Wallis H

testi için yine kullanılan paket programın çoklu karşılaştırma testinden faydalanılmıştır. Son olarak sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanarak yorumlanmıştır.

Çalışma kapsamındaki tüm analizler SPSS 20.0 (IBM SPSS Statistics for Windows. Version 20.0.) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında t bağımsız gruplar t testi için “t değeri”, Mann-Whitney U testi için “Z değeri”, ANOVA için “F değeri”, Kruskal-Wallis H testi için “H değeri” ve Pearson korelasyonu için “r değeri” ilgili tablolarda sunulmuştur. Korelasyon değeri yorumlanırken mutlak değeri 0,00-0,10 arası ihmal edilebilir; 0,10-0,39 arası zayıf; 0,40-0,69 arası orta; 0,70-0,89 arası güçlü ve 0,90-1,00 arası çok güçlü düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır (Schober et al. 2018). Gerçekleştirilen analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05; 0,01 ve 0,001 olarak ele alınmıştır.

3.6. KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KISITLILIKLAR

Araştırma, Türkiye’de çalışan aile hekimliği uzmanlarının pandemi döneminde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin saptanması ile sınırlıdır. Araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olduğundan neden sonuç ilişkisi kurmada yeterli güce sahip değildir. Sosyal medya ve mail yolu ile ulaşılan katılımcıların kişisel maillerinden gelen anket sonuçlarının doğru olduğu kabul edilmektedir. Çalışmaya katılanların bölgesel dağılımı homojen değildir. Herhangi bir örnekleme yönteminin kullanılmamış olması, anketin sosyal medya üzerinden duyurulması ve gönüllülük esasına göre doldurulması evrenin durumunun tam olarak yansımaları güçleştirmiş olabilir. Çalışmaya katılan kadın erkek sayısında denge kurulamamıştır. Anket süresinin beş dakikadan uzun süre alması çalışmaya daha fazla katılımı engellemiş olabilir.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilen 13.04.2021 tarihli 278 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir. (Ek-4). Buna ek olarak 04.05.2021 tarihinde çalışmanın isminin

değiştirilmesi hakkında verilen dilekçe ve buna istinaden yine Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilen 10.07.2021 tarihli 398 numaralı onayı ile çalışma gerçekleştirilmiştir (Ek-5). Katılımcılara çalışma öncesinde çalışmanın genel amacı, yanıtların gizliliğinin nasıl sağlanacağı, verilerin hangi amaçla ve nasıl kullanılacağı konularında bilgi verilmiş olup ardından gönüllü olarak dahil olmak isteyen aile hekimliği uzmanları çalışmanın örneklemine dahil edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmadı. Kırtasiye, iletişim vb. masraflar araştırmacı tarafından karşılandı.

4. BULGULAR

Araştırmaya gönüllü 417 aile hekimliği uzmanı katılmıştır. Katılımcılara ait demografik özellikler incelendiğinde yaş ortalamasının (\pm Standart Sapma (SS)) $39.82 \pm 7,84$ olduğu ve katılımcıların %59'unun kadın, %41'inin erkek olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimliği uzmanlarının en genci 26 yaşında iken en yaşlısı 63 yaşındadır. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %17,3'ünün bekar, %77,9'unun evli, %1,2'sinin dul veya eşi ölmüş ve %3,6'sının boşanmış olduğu saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanlarının %27,6'sı çocuk sahibi değilken çocuk sahibi olanlardan %33,3'ü bir, %33,1'i ise 2 çocuk sahibidir. Aile hekimliği uzmanlarının %10,6'sı gelir düzeyini düşük, %76,7'si orta ve %12,7'si yüksek olarak tanımlamaktadır. (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimliği Uzmanlarının Bazı Demografik Özellikleri (N=417)

	Ort \pm SS	n (%)
Yaş	$39,82 \pm 7,84$	
Cinsiyet	Kadın	246 (%59,0)
	Erkek	171 (%41,0)
Medeni Durum	Bekar	72 (%17,3)
	Evli	325 (%77,9)
	Dul/Eşi Ölmüş	5 (%1,2)
	Boşanmış	15 (%3,6)
Çocuk Sayısı	Yok	115 (%27,6)
	1	139 (%33,3)
	2	138 (%33,1)
	3	20 (%4,8)
	4	4 (%1,0)
	5	1 (%0,2)
Gelir Düzeyi Tanımları	Düşük	44(%10,6)
	Orta	320(%76,7)
	Yüksek	53(%12,7)

Aile hekimliği uzmanlarının çalışma yaşamına ilişkin özellikleri incelendiğinde mesleki çalışma süre ortalamasının (\pm Standart Sapma (SS)) $14,86 \pm 7,94$ yıl, aile hekimliği uzmanı olarak çalışma süre ortalamasının (\pm Standart Sapma (SS)) $5,57 \pm 6,14$ yıl olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak haftalık çalışma süresi ortalaması

ise (\pm Standart Sapma (SS)) $40,27\pm 6,22$ saattir. Bölgelere göre dağılım açısından en fazla katılım Marmara (%43,4) ve İç Anadolu (%21,3) bölgelerinden iken en az katılım Doğu Anadolu (%2,2) ve Güneydoğu Anadolu (%2,9) bölgelerindedir. Katılımcıların çoğunun idari (%94,5) ve akademik görevleri (%94,2) bulunmamaktadır. İdari görevi bulunanların (%5,5) buldukları görevleri; Anabilim dalı başkanlığı, başhekimlik, aile sağlığı merkezi (ASM) yöneticiliği, şube müdürü, ilçe sağlık müdürü, toplum sağlığı merkezi müdürü/müdür vekili, tıbbi hizmetler direktör yardımcısıdır. Akademik görevi bulunanların oranı (%5,8) dir. Aile hekimliği uzmanlarının %86,3'ü her gün poliklinik yaparken %13,7'si her gün poliklinik yapmamaktadır. Katılımcıların COVID-19 pandemisi öncesinde günlük ortalama hasta görüşme sayıları incelendiğinde 0-24 arasında hasta görüşmesi yapanların oranı %12,8, 25-48 arasında hasta görüşmesi yapanların oranı %27,8 ve 48 ve üzeri hasta görüşmesi yapanların oranı %58,5'dir. COVID-19 pandemisi sonrasındaki durum incelendiğinde 0-24 arasında hasta görüşmesi yapanların oranı %20,2, 25-48 arasında hasta görüşmesi yapanların oranı %48,7 ve 48 ve üzeri hasta görüşmesi yapanların oranı %31,1'dir. Katılımcıların %83,5'i doktorluk mesleğini, %77,7'si de aile hekimliği uzmanlığını isteyerek seçmiştir. Aile hekimliği uzmanlarına seçme hakkı olsa hangi basamak sağlık kuruluşunda görev yapmak istediği sorulduğunda %56,4'ü birinci, %14,4'ü ikinci ve %29,3'ü üçüncü basamak olarak görüş bildirmiştir. Katılımcıların %49,7'si çalıştığı kurumun fiziksel olanaklarını yeterli bulmazken, %55,2'si hastaların kısmen kendilerinden memnun olduğunu düşünmektedir. Son olarak aile hekimliği uzmanlarının %31,2'si bazen, %17,5'u da nadiren son bir yıl içerisinde mesleğini bırakmayı düşünmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Aile Hekimliği Uzmanlarının Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Dağılımları (N=417)

		Ort \pm SS	n (%)
Mesleki Çalışma Süresi	(Yıl)	14,86 \pm 7,94	
Aile Hekimliği Uzmanlığı Süresi	(Yıl)	5,57 \pm 6,14	
Haftalık Çalışma Süresi	(Saat)	40,27 \pm 6,22	
Bölge	Akdeniz		23 (%5,5)
	Doğu Anadolu		9 (%2,2)

	Ege	58 (%13,9)
	Güneydoğu Anadolu	12 (%2,9)
	İç Anadolu	89 (%21,3)
	Karadeniz	45 (%10,8)
	Marmara	181 (%43,4)
İdari Görev	Var	23 (%5,5)
	Yok	394 (%94,5)
Akademik Görev	Var	24 (%5,8)
	Yok	393 (%94,2)
Poliklinik Yapma Durumu (Her gün)	Evet	360 (%86,3)
	Hayır	57 (%13,7)
COVID-19 Pandemisi Öncesi Ortalama Hasta Sayısı (N=400)	0-24	51 (%12,8)
	25-48	115 (%28,8)
	48 ve üzeri	234 (%58,5)
COVID-19 Pandemisi Sonrası Ortalama Hasta Sayısı (N = 396)	0-24	80 (%20,2)
	25-48	193 (%48,7)
	48 ve üzeri	123 (%31,1)
Mesleği İsteyerek Seçme	Evet	348 (%83,5)
	Hayır	69 (%16,5)
Aile Hekimliği Uzmanlık Dalını İsteyerek Seçme	Evet	324 (%77,7)
	Hayır	93 (%22,3)
Çalışmak İstenilen Sağlık Basamağı	Birinci	235 (%56,4)
	İkinci	60 (%14,4)
	Üçüncü	122 (%29,3)
Çalıştığı Kurumun Fiziksel İmkânlarının Yeterliliği	Evet	91 (%21,8)
	Kısmen	207 (%49,6)
	Hayır	119 (%28,5)
Hasta Memnuniyeti Düşüncesi (N = 415)	Evet	229 (%55,2)
	Kısmen	175 (%42,1)
	Hayır	11 (%2,7)
İşi Bırakma Düşüncesi (Son bir yıl içinde)	Hiçbir Zaman	101 (%24,2)
	Nadiren	73 (%17,5)
	Bazen	130 (%31,2)
	Sık sık	82 (%19,7)
	Her Zaman	31 (%7,4)

Aile hekimliği uzmanlarının Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ) ve alt ölçeklerinden alınan puanlar için betimsel istatistikler hesaplanmıştır. Uzmanların içsel doyum puan ortalaması $3,38 \pm 0,67$ (min. = 1 ve maks. = 5), dışsal doyum puan ortalaması $2,77 \pm 0,74$ (min. = 1 ve maks. = 5) ve genel iş doyum puan ortalaması

3,13 ± 0,64 (min. = 1 ve maks. = 5) olarak bulunmuştur (Tablo 3). Buna göre aile hekimliği uzmanlarının dışsal doyum seviyeleri içsel doyum seviyelerinden düşüktür.

Tablo 3. Aile Hekimliği Uzmanlarının Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

İş Doyumu	Ort ± SS	Medyan	Minimum – Maksimum
İçsel Doyum	3,38 ± 0,67	3,42	1,00 – 5,00
Dışsal Doyum	2,77 ± 0,74	2,75	1,00 – 5,00
Genel Doyum	3,13 ± 0,64	3,15	1,00 – 5,00

Aile hekimliği uzmanlarının MIDÖ ve alt ölçekleri ile demografik değişkenler (sadece yaş değişkeni) arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir (Tablo 4).

İçsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum ile yaş arasında pozitif yönlü, ihmal edilebilir düzeyde, anlamlı olmayan bir ilişkiye sahiptir (sırasıyla $r = 0,045$, $p = 0,356$; $r = 0,007$, $p = 0,886$; $r = 0,031$, $p = 0,524$).

Tablo 4. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Demografik Değişkenler ile İlişkisi

		İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Genel Doyum
Yaş	r	0,045	0,007	0,031
	p	0,356	0,886	0,524

r: Pearson korelasyon katsayısı

Aile hekimliği uzmanlarının MIDÖ ve alt ölçekleri ile demografik değişkenlere göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir (Tablo 5).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,843$; $p = 0,646$; $p = 0,739$).

Aile hekimliği uzmanlarının medeni durumlarına göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,875$; $p = 0,665$; $p = 0,930$).

Katılımcıların ocuk sayısına göre (3, 4 ve 5 ocuk kategorileri 3 ocuk ve üzeri olarak bir araya getirilmiştir.) içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,153$; $p = 0,171$; $p = 0,114$).

Tablo 5. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Kategori	İçsel Doyum Ort \pm SS	Dışsal Doyum Ort \pm SS	Genel Doyum Ort \pm SS
Cinsiyet			
Kadın	3,37 \pm 0,63	2,75 \pm 0,72	3,12 \pm 0,62
Erkek	3,38 \pm 0,72	2,79 \pm 0,76	3,14 \pm 0,68
<i>İstatistik Test</i>	t = -0,198, $p = 0,843$	t = -0,460, $p = 0,646$	t = -0,334, $p = 0,739$
Medeni Durum			
Bekar	3,32 \pm 0,78	2,77 \pm 0,84	3,10 \pm 0,77
Evli	3,39 \pm 0,64	2,76 \pm 0,72	3,14 \pm 0,62
Dul/Eşi ölmüş	3,48 \pm 0,40	2,98 \pm 0,68	3,28 \pm 0,49
Boşanmış	3,31 \pm 0,67	2,93 \pm 0,60	3,15 \pm 0,57
<i>İstatistik Test</i>	H = 0,691, $p = 0,875$	H = 1,576, $p = 0,665$	H = 0,451, $p = 0,930$
ocuk Sayısı			
Yok	3,39 \pm 0,72	2,81 \pm 0,79	3,16 \pm 0,72
1 ocuk	3,38 \pm 0,65	2,76 \pm 0,75	3,13 \pm 0,64
2 ocuk	3,31 \pm 0,64	2,69 \pm 0,69	3,06 \pm 0,60
3 ocuk ve z.	3,64 \pm 0,52	3,03 \pm 0,64	3,40 \pm 0,53
<i>İstatistik Test</i>	F = 1,769, $p = 0,153$	F = 1,676, $p = 0,171$	F = 1,996, $p = 0,114$
Gelir Düzeyi Tanımlamaları			
Düşük	2,94 \pm 0,77	2,45 \pm 0,75	2,74 \pm 0,72
Orta	3,37 \pm 0,63	2,73 \pm 0,72	3,12 \pm 0,61
Yüksek	3,74 \pm 0,56	3,22 \pm 0,63	3,53 \pm 0,53
<i>İstatistik Test</i>	F = 19,108, $p < 0,001$	F = 15,356, $p < 0,001$	F = 20,167, $p < 0,001$

t : t testi

H: Kruskal Wallis H testi

F: ANOVA

Aile hekimliği uzmanlarının tanımladıkları gelir düzeyine göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Tüm doyum puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe sıralanışı gelir düzeyini yüksek, orta ve düşük olarak tanımlayanlar biçimindedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalarda tüm iş doyum puanlarındaki anlamlı farklılaşmaların tüm gruplar arasında yukarıda belirtilen sıralamada olduğu tespit edilmiştir.

Aile hekimliği uzmanlarının MIDÖ ve alt ölçekleri ile çalışma yaşamına ilişkin değişkenler (mesleki çalışma süresi, aile hekim uzmanı olarak çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi) arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir (Tablo 6).

İçsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum ile mesleki çalışma süresi arasında pozitif yönlü, ihmal edilebilir düzeyde, anlamlı olmayan bir ilişkiye sahiptir (sırasıyla $r = 0,070$, $p = 0,153$; $r = 0,010$, $p = 0,831$; $r = 0,048$, $p = 0,325$).

İçsel doyum ve genel doyum ile aile hekimliği uzmanı olarak çalışma süresi arasında, pozitif yönlü, ihmal edilebilir düzeyde, anlamlı olmayan (sırasıyla $r = 0,054$, $p = 0,273$; $r = 0,033$, $p = 0,504$) ve dışsal doyum ile negatif yönlü, ihmal edilebilir düzeyde, anlamlı olmayan ($r = -0,001$, $p = 0,980$) bir ilişkiye sahiptir.

İçsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum ile haftalık çalışma süresi arasında negatif yönlü, ihmal edilebilir düzeyde, anlamlı olmayan bir ilişkiye sahiptir (sırasıyla $r = -0,065$, $p = 0,185$; $r = -0,002$, $p = 0,966$; $r = -0,041$, $p = 0,399$).

Tablo 6. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenleri ile İlişkisi

		İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Genel Doyum
Mesleki Çalışma Süresi (Yıl)	r	0,070	0,010	0,048
	p	0,153	0,831	0,325
Aile Hekimliği Uzmanlığı Süresi (Yıl)	r	0,054	-0,001	0,033
	p	0,273	0,980	0,504
Haftalık Çalışma Süresi	r	-0,065	-0,002	-0,041

Süresi (Saat)	<i>p</i>	0,185	0,966	0,399
---------------	----------	-------	-------	-------

r: Pearson korelasyon katsayısı

Aile hekimliği uzmanlarının MİDÖ ve alt ölçekleri ile çalışma yaşamına ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t testi, Mann-Whitney U, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir (Tablo 7).

Katılımcıların görev yaptıkları bölgeler göre içsel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p = 0,090$). Dışsal doyum ve genel doyum puanları ise görev yapılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p = 0,007$; $p = 0,024$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda dışsal doyum ve genel doyum puanları açısından Marmara bölgesinde görev yapanların ortalamasının Ege bölgesinde görev yapanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Aile hekimliği uzmanlarının idari görevi olma durumuna göre içsel doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,530$; $p = 0,131$). Dışsal doyum puanları ise idari görevi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır ($p = 0,015$). Dışsal doyum puanları açısından idari görevi olanların ortalamasının idari görevi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların akademik görevi olma durumuna göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,095$; $p = 0,204$; $p = 0,093$).

Aile hekimliği uzmanlarının her gün poliklinik yapma durumuna göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,461$; $p = 0,195$; $p = 0,293$).

Katılımcıların COVID-19 pandemisi öncesi günlük ortalama hasta sayısına göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,159$; $p = 0,289$; $p = 0,180$).

Aile hekimliği uzmanlarının COVID-19 pandemisi sonrası günlük ortalama hasta sayısına göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,920$; $p = 0,144$; $p = 0,603$).

Katılımcıların doktorluk mesleğini isteyerek seçme durumuna göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,087$; $p = 0,205$; $p = 0,100$).

Aile hekimliği uzmanlarının aile hekimliği uzmanlık dalını isteyerek seçme durumuna göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Tüm doyum puanları açısından aile hekimliği uzmanlık dalını isteyerek seçenlerin ortalamasının istemeyerek seçenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların seçme hakkı olsa hangi basamak sağlık kurumunda görev yapmak istediğine göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p = 0,017$; $p < 0,001$). Tüm doyum puanları için birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapmak isteyenlerin ortalamasının üçüncü basamakta görev yapmak isteyenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlarının çalıştığı kurumun fiziksel imkanlarının yeterliliğine göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Tüm doyum puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe sıralanışı fiziksel imkanlarını yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz olarak belirtenler biçimindedir. Yapılan oklu karşılaştırmalarda tüm iş doyum puanlarındaki anlamlı farklılaşmaların tüm gruplar arasında yukarıda belirtilen sıralamada olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların hastalarının hizmetlerinden memnun olduğunu düşünme durumuna göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Tüm doyum puan

ortalamalarının en yüksekten en düşüğe sıralanışı hastalarının hizmetlerinden memnun, kısmen memnun ve memnun değil olarak belirtenler biçimindedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalarda içsel ve genel doyum puanlarındaki anlamlı farklılaşmaların tüm gruplar arasında yukarıda belirtilen sıralamada olduğu tespit edilmiştir. Dışsal doyum için hastalarının hizmetlerinden memnun olanların ortalamasının kısmen memnun ve memnun olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlarının son bir yıl içerisinde mesleği bırakma düşüncesine göre içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Tüm doyum puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe sıralanışı son bir yıl içinde mesleğini hiçbir zaman bırakmak istemeyenden, nadiren, bazen, sık sık ve her zaman bırakmak isteyenler biçimindedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalarda doyum puanlarındaki anlamlı farklılaşmaların içsel doyum için bazen-nadiren ve sık sık-bazen; dışsal doyum ve genel doyum için ise bazen-nadiren ve her zaman-sık sık grupları dışındaki tüm gruplar arasında yukarıda belirtilen sıralamada olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyum Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Kategori	İçsel Doyum Ort ± SS	Dışsal Doyum Ort ± SS	Genel Doyum Ort ± SS
Bölge			
Akdeniz	3,42 ± 0,83	2,70 ± 0,72	3,13 ± 0,75
Doğu Anadolu	3,26 ± 0,49	2,44 ± 0,73	2,93 ± 0,51
Ege	3,16 ± 0,61	2,44 ± 0,68	2,87 ± 0,59
Güneydoğu A.	3,39 ± 0,48	2,69 ± 0,87	3,11 ± 0,57
İç Anadolu	3,45 ± 0,64	2,78 ± 0,78	3,18 ± 0,65
Karadeniz	3,36 ± 0,52	2,84 ± 0,61	3,15 ± 0,49
Marmara	3,41 ± 0,71	2,88 ± 0,74	3,20 ± 0,67
<i>İstatistik Test</i>	H = 10,936, $p = 0,090$	H = 17,815, $p = 0,007$	H = 14,608, $p = 0,024$
İdari Görev			
Var	3,46 ± 0,55	3,13 ± 0,59	3,33 ± 0,53
Yok	3,37 ± 0,67	2,74 ± 0,74	3,12 ± 0,65
<i>İstatistik Test</i>	t = 0,629, $p = 0,530$	t = 2,452, $p = 0,015$	t = 1,512, $p = 0,131$
Akademik Görev			
Var	3,60 ± 0,56	2,93 ± 0,84	3,33 ± 0,62

Yok	3,36 ± 0,67	2,76 ± 0,73	3,12 ± 0,64
<i>İstatistik Test</i>	Z = -1,669, p = 0,095	Z = -1,269, p = 0,204	Z = -1,680, p = 0,093
Poliklinik Yapma Durumu (Her gün)			
Evet	3,37 ± 0,67	2,75 ± 0,74	3,12 ± 0,65
Hayır	3,44 ± 0,63	2,88 ± 0,72	3,21 ± 0,60
<i>İstatistik Test</i>	t = -0,737, p = 0,461	t = -1,29, p = 0,195	t = -1,054, p = 0,293
Covid-19 Pandemisi Öncesi Ortalama Hasta Sayısı (N=400)			
0-24	3,34 ± 0,82	2,81 ± 0,80	3,13 ± 0,77
25-48	3,48 ± 0,67	2,85 ± 0,81	3,23 ± 0,68
48 ve üzeri	3,34 ± 0,63	2,72 ± 0,69	3,09 ± 0,60
<i>İstatistik Test</i>	F = 1,850, p = 0,159	F = 1,245, p = 0,289	F = 1,722, p = 0,180
Covid-19 Pandemisi Sonrası Ortalama Hasta Sayısı (N = 396)			
0-24	3,41 ± 0,69	2,86 ± 0,77	3,19 ± 0,67
25-48	3,37 ± 0,70	2,79 ± 0,75	3,14 ± 0,67
48 ve üzeri	3,38 ± 0,61	2,66 ± 0,69	3,10 ± 0,58
<i>İstatistik Test</i>	F = 0,084, p = 0,920	F = 1,950, p = 0,144	F = 0,506, p = 0,603
Mesleği İsteyerek Seçme			
Evet	3,40 ± 0,65	2,79 ± 0,75	3,15 ± 0,64
Hayır	3,25 ± 0,72	2,66 ± 0,66	3,02 ± 0,64
<i>İstatistik Test</i>	t = 1,717, p = 0,087	t = 1,268, p = 0,205	t = 1,648, p = 0,100
Aile Hekimliği Uzmanlık Dalını İsteyerek Seçme			
Evet	3,44 ± 0,63	2,86 ± 0,72	3,20 ± 0,62
Hayır	3,16 ± 0,74	2,45 ± 0,72	2,88 ± 0,66
<i>İstatistik Test</i>	t = 3,646, p < 0,001	t = 4,738, p < 0,001	t = 4,447, p < 0,001
Çalışmak İstenilen Sağlık Basamağı			
Birinci	3,48 ± 0,64	2,83 ± 0,72	3,22 ± 0,62
İkinci	3,39 ± 0,61	2,84 ± 0,71	3,17 ± 0,59
Üçüncü	3,17 ± 0,69	2,61 ± 0,77	2,94 ± 0,68
<i>İstatistik Test</i>	F = 9,079, p < 0,001	F = 4,141, p = 0,017	F = 7,754, p < 0,001
Çalıştığı Kurumun Fiziksel İmkanlarının Yeterliliği			
Evet	3,68 ± 0,61	3,13 ± 0,71	3,46 ± 0,60
Kısmen	3,42 ± 0,59	2,80 ± 0,68	3,17 ± 0,57
Hayır	3,07 ± 0,71	2,43 ± 0,71	2,81 ± 0,65
<i>İstatistik Test</i>	F = 24,747, p < 0,001	F = 27,124, p < 0,001	F = 30,598, p < 0,001
Hasta Memnuniyeti Düşüncesi (N = 415)			
Evet	3,54 ± 0,63	2,89 ± 0,77	3,28 ± 0,64
Kısmen	3,22 ± 0,62	2,65 ± 0,66	2,99 ± 0,57
Hayır	2,43 ± 0,85	2,11 ± 0,78	2,30 ± 0,79
<i>İstatistik Test</i>	H = 35,694, p < 0,001	H = 17,304, p < 0,001	H = 31,029, p < 0,001

İşi Bırakma Düşüncesi (Son bir yıl içinde)			
Hiçbir Zaman	3,86 ± 0,53	3,34 ± 0,63	3,65 ± 0,52
Nadiren	3,52 ± 0,60	2,89 ± 0,69	3,27 ± 0,57
Bazen	3,30 ± 0,54	2,70 ± 0,59	3,06 ± 0,51
Sık sık	3,08 ± 0,55	2,36 ± 0,56	2,79 ± 0,47
Her Zaman	2,54 ± 0,68	1,99 ± 0,73	2,32 ± 0,62
<i>İstatistik Test</i>	H = 126,404, p < 0,001	H = 118,935, p < 0,001	H = 144,984, p < 0,001

t : *t testi*

Z : *Mann Whitney U testi*

H : *Kruskall Wallis H testi*

F : *ANOVA*

Aile hekimliği uzmanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)'nin alt ölçeklerinden alınan puanlar için betimsel istatistikler hesaplanmıştır. Uzmanların duygusal tükenme puan ortalaması 18,42 ± 7,00 (min. = 1 ve maks. = 36), duyarsızlaşma puan ortalaması 7,02 ± 3,65 (min. = 0 ve maks. = 20) ve kişisel başarı puan ortalaması 19,97 ± 3,94 (min. = 9 ve maks. = 32) olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Aile Hekimliği Uzmanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımları

İş Doyumu	Ort ± SS	Medyan	Minimum – Maksimum
Duygusal Tükenme	18,42 ± 7,00	18,00	1,00 – 36,00
Duyarsızlaşma	7,02 ± 3,65	7,00	0,00 – 20,00
Kişisel Başarı	19,97 ± 3,94	20,00	9,00 – 32,00

Aile hekimliği uzmanlarının MTÖ'nün alt ölçekleri ile demografik değişkenler (sadece yaş değişkeni) arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Yaş ile İlişkisi

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş	<i>r</i>	-0,088	-0,205	0,222
	<i>p</i>	0,072	< 0,001	< 0,001

r: *Pearson korelasyon katsayısı*

Duygusal tükenme ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü, ihmal edilebilir düzeyde, anlamlı olmayan (*r* = -0,088, *p* = 0,72); duyarsızlaşma ile negatif yönlü, zayıf

düzeyde, anlamlı ($r = -0,205$, $p < 0,001$) ve kişisel başarı ile pozitif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı ($r = 0,222$; $p < 0,001$) bir ilişkiye sahiptir.

Aile hekimliği uzmanlarının MTÖ'nün alt ölçekleri ile demografik değişkenlere göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir (Tablo 10).

Katılımcıların cinsiyete göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,626$; $p = 0,310$; $p = 0,380$).

Aile hekimliği uzmanlarının medeni durumlarına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,479$; $p = 0,441$; $p = 0,649$).

Katılımcıların çocuk sayısına göre (3, 4 ve 5 çocuk kategorileri 3 çocuk ve üzeri olarak bir araya getirilmiştir.) duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p = 0,039$; $p = 0,013$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme puanları açısından üç ve üzerinde çocuğa sahip olanların ortalamasının çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Duyarsızlaşma puanları açısından üç ve üzerinde çocuğa sahip olanların ortalamasının çocuk sahibi olmayanlardan ve iki çocuğa sahip olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanlarının kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p = 0,150$).

Aile hekimliği uzmanlarının tanımladıkları gelir düzeyine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p = 0,010$; $p = 0,002$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme puanları açısından gelir düzeyini yüksek tanımlayanların ortalamasının gelir düzeyini düşük ve orta tanımlayanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Duyarsızlaşma puanları açısından gelir düzeyini orta ve yüksek

tanımlayanların ortalamasının gelir düzeyini düşük tanımlayanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Kişisel başarı puanları açısından gelir düzeyini orta ve yüksek tanımlayanların ortalamasının gelir düzeyini düşük tanımlayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Kategori	Duygusal Tükenme Ort ± SS	Duyarsızlaşma Ort ± SS	Kişisel Başarı Ort ± SS
Cinsiyet			
Kadın	18,56 ± 6,80	6,87 ± 3,56	19,9 ± 3,72
Erkek	18,22 ± 7,30	7,24 ± 3,79	20,06 ± 4,24
<i>İstatistik Test</i>	t = 0,488, p = 0,626	t = -1,017, p = 0,310	t = -0,413, p = 0,680
Medeni Durum			
Bekar	19,03 ± 7,38	7,42 ± 3,76	19,75 ± 4,13
Evli	18,23 ± 6,99	6,88 ± 3,66	20,07 ± 3,92
Dul/Eşi Ölmüş	22,00 ± 7,35	8,60 ± 3,65	18,20 ± 4,38
Boşanmış	18,27 ± 5,24	7,67 ± 2,82	19,33 ± 3,44
<i>İstatistik Test</i>	H = 2,477, p = 0,479	H = 2,696, p = 0,441	H = 1,645, p = 0,649
Çocuk Sayısı			
Yok	19,26 ± 7,54	7,58 ± 3,90	19,43 ± 4,14
1 çocuk	18,03 ± 6,43	6,76 ± 3,22	20,19 ± 3,75
2 çocuk	18,72 ± 7,03	7,17 ± 3,85	19,96 ± 3,92
3 çocuk ve üz.	15,00 ± 6,59	5,08 ± 2,93	21,28 ± 3,87
<i>İstatistik Test</i>	F = 2,807, p = 0,039	F = 3,632, p = 0,013	F = 1,783, p = 0,150
Gelir Düzeyi Tanımlamaları			
Düşük	21,11 ± 6,69	8,41 ± 4,24	18,48 ± 4,35
Orta	18,56 ± 6,85	6,97 ± 3,53	19,96 ± 3,80
Yüksek	15,32 ± 7,20	6,19 ± 3,61	21,28 ± 4,02
<i>İstatistik Test</i>	F = 8,827, p < 0,001	F = 4,666, p = 0,010	F = 6,268, p = 0,002

t : t testi

H: Kruskal Wallis H testi

F: ANOVA

Aile hekimliği uzmanlarının MTÖ'nün alt ölçekleri ile çalışma yaşamına ilişkin değişkenler (mesleki çalışma süresi, aile hekim uzmanı olarak çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi) arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir (Tablo 11).

Duygusal tükenme ile mesleki çalışma süresi arasında negatif yönlü, ihmal edilebilir düzeyde, anlamlı olmayan ($r = 0,090$, $p = 0,066$); duyarsızlaşma ile negatif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı ($r = -0,200$, $p < 0,001$) ve kişisel başarı ile pozitif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı ($r = 0,244$, $p < 0,001$) bir ilişki saptanmıştır.

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile aile hekimliği uzmanı olarak çalışma süresi arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı (sırasıyla $r = -0,105$, $p = 0,032$; $r = -0,166$, $p < 0,001$) ve kişisel başarı ile pozitif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı ($r = 0,224$, $p < 0,001$) bir ilişki saptanmıştır.

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile haftalık çalışma süresi arasında pozitif yönlü, ihmal edilebilir, anlamlı olmayan (sırasıyla $r = 0,021$, $p = 0,665$; $r = 0,070$, $p = 0,151$) ve kişisel başarı ile negatif yönlü, ihmal edilebilir, anlamlı olmayan ($r = -0,086$, $p = 0,079$) bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 11. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenleri ile İlişkisi

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Mesleki Çalışma Süresi (Yıl)	r	-0,090	-0,200	0,244**
	p	0,066	< 0,001	< 0,001
Aile Hekim Uzman Süresi (Yıl)	r	-0,105	-0,166	0,224
	p	0,032	< 0,001	< 0,001
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	r	0,021	0,070	-0,086
	p	0,665	0,151	0,079

r: Pearson korelasyon

Aile hekimliği uzmanlarının MTÖ'nün alt ölçekleri ile çalışma yaşamına ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t testi, Mann-Whitney U, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir (Tablo 12).

Katılımcıların görev yaptıkları bölgeler göre duygusal tükenme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır ($p < 0,001$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme puanları açısından Ege bölgesinde görev yapanların ortalamasının Akdeniz, Marmara ve İç Anadolu bölgelerinde görev yapanlardan anlamlı düzeyde

yüksek olduğu tespit edilmiştir. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları ise görev yapılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,321$; $p = 0,596$).

Aile hekimliği uzmanlarının idari görevi olma durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,058$; $p = 0,640$; $p = 0,124$).

Katılımcıların akademik görevi olma durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p = 0,005$; $p = 0,003$; $p = 0,015$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından akademik görevi olanların ortalamasının akademik görevi olmayanlardan anlamlı düzeyde düşük kişisel başarı puanları için ise tam tersi olduğu saptanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlarının COVID-19 pandemisi sonrası günlük ortalama hasta sayısına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,077$; $p = 0,869$; $p = 0,739$).

Katılımcıların COVID-19 pandemisi öncesi günlük ortalama hasta sayısına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,086$; $p = 0,143$; $p = 0,850$).

Aile hekimliği uzmanlarının COVID-19 pandemisi sonrası günlük ortalama hasta sayısına göre duygusal tükenme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır ($p = 0,005$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme puanları açısından COVID-19 Pandemisi sonrası ortalama 48 ve üzerinde hasta bakanların ortalamasının 0-24 hasta bakanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. COVID-19 pandemisi sonrası günlük ortalama hasta sayısına göre duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,167$; $p = 0,781$).

Katılımcıların doktorluk mesleğini isteyerek seçme durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p = 0,016$; $p = 0,016$; $p < 0,001$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından mesleğini istemeyerek seçenlerin ortalamasının isteyerek seçenlerden anlamlı düzeyde yüksek; kişisel başarı puanları için ise tam tersi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların aile hekimliği uzmanlık dalını isteyerek seçme durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p = 0,016$; $p = 0,016$; $p < 0,001$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından aile hekimliği uzmanlık dalını istemeyerek seçenlerin ortalamasının isteyerek seçenlerden anlamlı düzeyde yüksek; kişisel başarı puanları için ise tam tersi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların seçme hakkı olsa hangi basamak sağlık kurumunda görev yapmak istediğine göre duygusal tükenme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır ($p < 0,001$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme puanları açısından üçüncü basamak sağlık kurumlarında görev yapmak isteyenlerin ortalamasının birinci basamakta görev yapmak isteyenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Seçme hakkı olsa hangi basamak sağlık kurumunda görev yapmak istediğine göre duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p = 0,065$; $p = 0,312$).

Aile hekimliği uzmanlarının çalıştığı kurumun fiziksel imkânlarının yeterliliğine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda duygusal tükenme, duyarsızlaşma puanları için fiziksel imkânlarını yetersiz bulanların ortalamasının kısmen yeterli ve yeterli olanlardan anlamlı düzeyde yüksek; kişisel başarı puanları için ise anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların hastalarının hizmetlerinden memnun olduğunu düşünme durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak

anlamli farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe sıralanışı hastalarının hizmetlerinden memnun değil kısmen memnun ve memnun olarak belirtenler biçiminde iken kişisel başarı puanları açısından ise bu sıralama tam tersinedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalarda tükenmişlik puanlarındaki anlamlı farklılaşmaların tüm gruplar arasında yukarıda belirtilen sıralamada olduğu tespit edilmiştir.

Aile hekimliği uzmanlarının son bir yıl içerisinde mesleği bırakma düşüncesine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$). Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının en düşükten en yükseğe sıralanışı son bir yıl içinde mesleğini hiçbir zaman bırakmak istemeyenden, nadiren, bazen, sık sık ve her zaman bırakmak isteyenler biçimindedir. Kişisel başarı puanları açısından ise bu sıralama tam tersinedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalarda doyum puanlarındaki anlamlı farklılaşmaların duygusal tükenme için nadiren-bazen ve sık sık-her zaman; duyarsızlaşma için hiçbir zaman-nadiren, bazen-nadiren, sık sık-bazen ve bazen-her zaman; kişisel başarı için ise nadiren-sık sık ve nadiren-her zaman grupları dışındaki tüm gruplar arasında yukarıda belirtilen sıralamada olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tükenmişlik Puanlarının Çalışma Yaşamı Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Kategori	Duygusal Tükenme Ort ± SS	Duyarsızlaşma Ort ± SS	Kişisel Başarı Ort ± SS
Bölge			
Akdeniz	15,96 ± 7,92	6,43 ± 3,64	20,39 ± 3,71
Doğu Anadolu	21,44 ± 7,50	9,00 ± 4,27	19,33 ± 4,44
Ege	22,03 ± 7,08	7,71 ± 4,04	19,59 ± 3,71
Güneydoğu A.	16,58 ± 4,42	6,83 ± 3,21	21,00 ± 4,07
İç Anadolu	18,11 ± 7,06	7,18 ± 3,58	19,89 ± 3,98
Karadeniz	19,31 ± 6,30	6,98 ± 2,86	19,22 ± 4,35
Marmara	17,47 ± 6,72	6,72 ± 3,72	20,23 ± 3,89
<i>İstatistik Test</i>	H = 24,711, $p < 0,001$	H = 6,993, $p = 0,321$	H = 4,602, $p = 0,596$
İdari Görev			
Var	16,00 ± 6,39	6,96 ± 4,42	21,00 ± 3,40
Yok	18,56 ± 7,02	7,03 ± 3,61	19,91 ± 3,96

<i>İstatistik Test</i>	Z = -1,892, p = 0,058	Z = -0,467, p = 0,640	Z = -1,539, p = 0,124
Akademik Görev			
Var	13,96 ± 7,26	4,67 ± 3,55	21,67 ± 3,76
Yok	18,69 ± 6,90	7,17 ± 3,61	19,87 ± 3,93
<i>İstatistik Test</i>	Z = -2,823, p = 0,005	Z = -2,956, p = 0,003	Z = -2,430, p = 0,015
Poliklinik Yapma Durumu (Her gün)			
Evet	18,66 ± 6,91	7,03 ± 3,56	19,99 ± 3,99
Hayır	16,89 ± 7,47	6,95 ± 4,21	19,81 ± 3,62
<i>İstatistik Test</i>	t = 1,771, p = 0,077	t = 0,165, p = 0,869	t = 0,334, p = 0,739
Covid-19 Pandemisi Öncesi Ortalama Hasta Sayısı (N=400)			
0-24	16,71 ± 7,48	6,14 ± 4,03	20,08 ± 4,60
25-48	18,07 ± 7,35	6,88 ± 3,30	19,76 ± 3,74
48 ve üzeri	19,00 ± 6,71	7,23 ± 3,70	20,03 ± 3,89
<i>İstatistik Test</i>	F = 2,474, p = 0,086	F = 1,954, p = 0,143	F = 0,217, p = 0,850
Covid-19 Pandemisi Sonrası Ortalama Hasta Sayısı (N = 396)			
0-24	16,58 ± 6,62	6,36 ± 3,56	19,98 ± 4,12
25-48	18,36 ± 7,13	7,28 ± 3,5	20,07 ± 3,88
48 ve üzeri	19,85 ± 6,82	7,01 ± 3,89	19,75 ± 3,96
<i>İstatistik Test</i>	F = 5,457, p = 0,005	F = 1,799, p = 0,167	F = 0,247, p = 0,781
Mesleği İsteyerek Seçme			
Evet	18,05 ± 6,97	6,83 ± 3,69	20,28 ± 3,80
Hayır	20,28 ± 6,91	7,99 ± 3,33	18,41 ± 4,26
<i>İstatistik Test</i>	t = -2,427, p = 0,016	t = -2,413, p = 0,016	t = 3,664, p < 0,001
Aile Hekimliği Uzmanlık Dalını İsteyerek Seçme			
Evet	17,49 ± 6,74	6,65 ± 3,52	20,32 ± 3,72
Hayır	21,63 ± 7,00	8,33 ± 3,82	18,74 ± 4,41
<i>İstatistik Test</i>	t = -5,179, p < 0,001	t = -3,999, p < 0,001	t = 3,454, p = 0,001
Çalışmak İstenilen Sağlık Basamağı			
Birinci	16,98 ± 6,78	6,69 ± 3,56	20,20 ± 3,83
İkinci	19,13 ± 5,93	7,07 ± 3,37	19,98 ± 3,85
Üçüncü	20,83 ± 7,25	7,64 ± 3,90	19,52 ± 4,18
<i>İstatistik Test</i>	F = 13,1999, p < 0,001	F = 2,744, p = 0,065	F = 1,169, p = 0,312
Çalıştığı Kurumun Fiziksel İmkanlarının Yeterliliği			
Evet	15,21 ± 6,80	5,93 ± 3,42	21,33 ± 3,81
Kısmen	18,08 ± 6,47	6,72 ± 3,26	20,41 ± 3,85
Hayır	21,46 ± 6,86	8,37 ± 4,08	18,17 ± 3,55
<i>İstatistik Test</i>	F = 23,294, p < 0,001	F = 13,598, p < 0,001	F = 21,007, p < 0,001
Hasta Memnuniyeti Düşüncesi (N = 415)			
Evet	16,97 ± 7,03	6,00 ± 3,22	21,27 ± 3,70

Kısmen	19,74 ± 6,36	7,91 ± 3,51	18,66 ± 3,49
Hayır	27,64 ± 6,15	13,91 ± 3,78	13,73 ± 3,00
<i>İstatistik Test</i>	H = 30,736, p < 0,001	H = 54,304, p < 0,001	H = 68,268, p < 0,001
İşi Bırakma Düşüncesi (Son bir yıl içinde)			
Hiçbir Zaman	11,81 ± 5,31	4,97 ± 3,11	21,99 ± 3,74
Nadiren	16,82 ± 5,54	6,29 ± 3,45	20,15 ± 3,90
Bazen	19,05 ± 4,93	7,32 ± 2,99	19,42 ± 3,47
Sık sık	23,01 ± 4,26	8,59 ± 3,48	18,80 ± 3,54
Her Zaman	28,87 ± 5,81	10,03 ± 4,62	18,35 ± 4,96
<i>İstatistik Test</i>	H = 192,384, p < 0,001	H = 70,098, p < 0,001	H = 45,395, p < 0,001

t : *t testi*

Z : *Mann Whitney U testi*

H : *Kruskall Wallis H testi*

F : *ANOVA*

Aile hekimliği uzmanlarının iş doyumunu puanları (MİDÖ ve alt ölçekleri) ile tükenmişlik (MTÖ'nün alt ölçekleri) puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir (Tablo 13).

İçsel doyum ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı (sırasıyla $r = -0,642$, $p < 0,001$; $r = -0,431$, $p < 0,001$) ve kişisel başarı ile pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı ($r = 0,509$, $p < 0,001$) bir ilişkiye sahiptir.

Dışsal doyum ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı (sırasıyla $r = -0,657$, $p < 0,001$; $r = -0,459$, $p < 0,001$) ve kişisel başarı ile pozitif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı ($r = 0,366$, $p < 0,001$) bir ilişkiye sahiptir.

Tablo 13. Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyumu ile Tükenmişlik Puanlarının Arasındaki İlişki

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
İçsel Doyum	<i>r</i>	-0.657	-0.459	0.509
	<i>p</i>	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Dışsal Doyum	<i>r</i>	-0.642	-0.431	0.366
	<i>p</i>	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Genel Doyum	<i>r</i>	-0.702	-0.483	0.484

<i>p</i>	< 0,001	< 0,001	< 0,001
----------	-------------------	-------------------	-------------------

r: Pearson korelasyon

Genel doyum ile duygusal tükenme arasında negatif yönlü, yüksek düzeyde, anlamlı ($r = -0,702$, $p < 0,001$); duyarsızlaşma ile negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı ($r = -0,483$, $p < 0,001$) ve kişisel başarı ile pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı ($r = 0,484$, $p < 0,001$) bir ilişkiye sahiptir.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Aile hekimliği uzmanları; geniş bir klinik yelpazeyi içinde barındıran kendine özgü yaklaşımları ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması yanında sağlıkla ilgili sorunları sosyal, kültürel, fiziksel gibi farklı boyutlarıyla ele almakla yükümlü hekimlerdir (WONCA 2002). Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği tanımı içinde yer alan temel prensipler doğrutusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır (TUKMOS, 2018). WONCA tarafından yapılan açıklamalarda COVID-19 Pandemisi sürecinde salgınla olan mücadelede hastalarla ilk temas edecek kişiler olan aile hekimlerinin önemi bir kez daha vurgulanmıştır. Türkiye’de sağlık sistemi içinde gerçekleşen birçok yenilik ve değişim ile salgın sürecinin zorlu şartlarının aile hekimliği uzmanlarının iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerine olumlu ya da olumsuz etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Bunun bir sonucu olarak bu çalışma kapsamında aile hekimliği uzmanlarının sosyodemografik bazı özelliklerinin, çalışma alanlarına ait özellikleri ile etkileşmesinin belirlenmesi alt amaçları ile birlikte iş doyumları ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı.

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olarak tasarlanan bu çalışmaya Türkiye genelinde 417 aile hekimliği uzmanı katıldı. Çalışma verileri kişisel bilgi formu, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak toplanmış olup veriler betimsel istatistikler, karşılaştırma testleri ve korelasyon katsayıları ile analiz edildi. Çalışma kapsamında aile hekimliği uzmanlarının içsel doyumlarının dışsal doyumlarından fazla olduğu ve genel doyumlarının ortalamasının üzerinde olduğu belirlendi. İş doyumunu puanlarında demografik değişkenlerden yalnızca tanımlanan gelir düzeyi; çalışma ile değişkenlerden ise görev yapılan bölge, idari görevinin olması durumu, aile hekimliği uzmanlık alanını isteyerek seçme, çalışmak istenilen sağlık basamağı, çalıştığı kurumun fiziksel imkanlarının yeterliliği, hasta memnuniyeti düşüncesi ve işi bırakma düşüncesi (son bir yıl içinde) değişkenlerine

göre farklılaşmaktadır. Tükenmişlik alt boyut puanları demografik değişkenlerden çocuk sayısı ve tanımlanan gelir düzeyi; çalışma ile değişkenlerden ise görev yapılan bölge, akademik görevi olma durumu, COVID-19 Pandemisi sonrası günlük görüşülen ortalama hasta sayısı, tıp doktorluğu ve aile hekimliği uzmanlık alanını isteyerek seçme, çalışmak istenilen sağlık basamağı, çalıştığı kurumun fiziksel imkanlarının yeterliliği, hasta memnuniyeti düşüncesi ve işi bırakma düşüncesi (son bir yıl içinde) değişkenlerine göre farklılaşmaktadır. Son olarak aile hekimliği uzmanlarının iş doyumunu ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Dünya çapında yapılan bazı çalışmalarda özellikle hekimler bazında tükenmişlik düzeylerinin %25-60 arasında değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Aynı zamanda 2010 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin %5.3'ünün yüksek düzeyde tükenmişlik sendromuna sahip olduğu belirlenmiştir (Koşan 2013). Bununla birlikte literatürde yer alan diğer çalışmalar incelendiğinde, özellikle hekimlerin diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla tükenmişlik gösterebildiği de görülmektedir. Bununla birlikte tükenmişlik sendromu iş doyumunu gibi niteliklere de etki edebilmektedir. Literatür incelendiğinde sağlık alanı gibi etkileşimi ve iş yükü fazla olan alanlarda çalışan bireylerin, meslekte belli bir süre sonra tatminsizlik yaşadıkları ve bu durumun kişileri tükenmişliğe sürüklediği, aynı zamanda kişileri iş ortamında ya da iş yaşamında soyutlama, girişimciliğe karşı geri çekilme gibi etkilerinin olduğu da açıklanmaktadır (Orhan 1997, Taşdemir 1999, Vara 1999).

Çalışmada demografik değişkenlerden aile hekimliği uzmanlarının tanımladıkları gelir düzeyine göre iş doyumunu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı görüldü. Buna göre gelir düzeyi tanımlaması düşükten yükseğe arttıkça bütün iş doyumunu puanları artmıştır. Bu bulgu Altundağ ve ark. (2010), Aylaz ve ark. (2017), Günaydın ve ark. (2019), Ünal ve ark. (2019) çalışmalarında belirtilen iş doyumunu seviyesinin gelir düzeyinden memnuniyet ya da gelir düzeyi artma eğilimi bulguları ile paralellik göstermektedir. Buna ek olarak Tözün ve ark. (2008) çalışmasında olduğu gibi aldığı ücretten memnun olanların, memnun olmayanlardan iş doyum puanlarının yüksek olduğuna dair sonuçlar da yer almaktadır. Buna karşın Kayğusuz (2016) çalışmasında asistanların gelirinden memnun olanların tüm doyum puan

ortalamalarının memnun olmayanlardan yüksek olmasına karşın bu farkın anlamlı olmadığını raporlamıştır. Benzer şekilde Aytekin ve ark. (2014), Okray ve Abatay (2015) ve Yılmaz (2015)'in çalışmalarında iş doyumunu düzeyinin ortalama gelir seviyesine göre değişmediği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ortaya çıkan farklılığın nedeni yukarıda birçok çalışma ile birlikte literatürdeki çalışmalarda belirtildiği üzere gelirin insan hayatını devam ettirmesi, daha konforlu hale getirmesi için bir motivasyon kaynağı olmasıdır.

Katılımcıları görev yaptıkları bölgelere göre incelemede; Marmara bölgesinde görev yapanların, dışsal doyum ve genel doyum puanlarının ortalamasının Ege bölgesinde görev yapanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Yapılan literatür taramasında iş doyumunun bölgelere göre karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamış olup bu konuda sebepler ve yapılabilecekler konusunda bir kanıya varmak için daha fazla araştırma yapılması gerektiği aşikardır.

Çalışmada elde edilen diğer bir bulguda ise idari göreve sahip olma açısından içsel ve toplam iş doyumlarında herhangi bir anlamlı fark bulunmadı. Buna karşın idari görevi olan aile hekimliği uzmanlarının dışsal doyum puanlarının idari görevi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Literatürde bu konu ile ilgili az çalışma olmakla birlikte Derinbay (2012)'in öğretim elemanları, Yılmaz (2015)'in akademik personeller ve Üçüncü (2019)'un öğretmenler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmalarda idari görevi olma değişkenine göre iş doyumunu ortalama düzeyleri farklılaşmadığı görülmüştür. Bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Tosun (2019) tarafından Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 581 hekim üzerinde gerçekleştirilen ve Kurçer (2005) tarafından Harran Üniversitesinde görev yapan 135 hekimin üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda genel doyum puanlarının farklılaşmadığı bulunmuştur. Güriş ve ark. (2017) çalışmalarında sağlık çalışanlarının iş doyumlarını incelemiş içsel ve genel doyum puanları açısından akademik görevi olanların ortalama puanlarının olmayanlardan anlamlı olmayan biçimde daha düşük, dışsal doyum puanları açısından ise durumun tam tersine olduğunu saptamışlardır. Bu yönü ile çalışmamızda çıkan sonuçla anlamlı olmaması

dışında örtüşmektedir. Hasta memnuniyeti düşüncesinin getirdiği duygusal tükenmenin olmayışı, günlük hasta görüşmesinin idari görevleri olan hekimlerde olmaması nedeniyle duygusal tükenmişliğe sebep olmayışı, içsel ve dışsal doyum puanlarını etkileyerek idari görevlerde olan hekimlerde yüksek çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Ayrıca idari görevi olan hekimlerin birinci basamak hekimlerindeki gibi çalışılan mekanlarının fiziksel yetersizliği olmayışı da bir etken olabilir. İdari görevin getirdiği statü ve ekstra gelirin aile hekimliği uzmanları açısından dışsal doyumun artmasında bir sebep olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada aile hekimliği uzmanlık dalını isteyerek seçenlerin içsel, dışsal ve genel doyum puan ortalamasının istemeyerek seçenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Kayğusuz (2019) çalışmasında bir üniversite hastanesinde görevli araştırma görevlisi doktorlara mevcut birimini tekrar seçmek isteyip istememesine göre iş doyumundaki farklılaşmayı incelemiş ve anlamlı şekilde benzer bulguya ulaşmıştır. Uyar (2018) ise Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerine tekrar seçme şansı olsa aynı bölümü tercih etme durumuna göre benzer biçimde iş doyumunu inceleyerek yine aynı bulguyu çalışmada saptamıştır. Çalışmamıza alan olarak daha yakın olan bir çalışmada ise Özçelik-Şenocak (2019) aile hekimliği bölümü araştırma görevlilerinde benzer bulguyu tespit etmiştir. Ortaya çıkan bu durum Kayğusuz (2016)'un ve Özçelik-Şenocak (2019)'ın belirttiği üzere kişilerin işlerini severek yapmasının beklenti ve isteklerinin karşılanmasında önemli bir rol oynadığının ve kişinin yaşamına olumlu bir etkisinin sonucudur. Bizim çalışmamızda da hem hekimlik branşının hem de aile hekimliği uzmanlığı branşının isteyerek tercih edilmesi iş doyumuna olumlu etki etmiş olup aynı zamanda kişisel başarı puanlarına da olumlu etki etmiştir.

Çalışmada iş doyumunu ile ilgili elde edilen bulgulardan biri de birinci basamak sağlık kurumunda çalışmak isteyenlerin içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanlarının ortalamasının ikinci basamakta çalışmak isteyenlerden, ikinci basamakta çalışmak isteyenlerin ise üçüncü basamakta çalışmak isteyenlerden anlamlı biçimde yüksek olmasıdır. Literatürde bununla ilgili yeterli çalışma bulunmamakla birlikte bu durum Kayğusuz (2016)'un çalışmasında karşılaşılan öncesinde birinci basamakta

çalışmış olan tıp fakültesi araştırma görevlilerinin iş doyum puanlarının çalışmamış olanlardan yüksek (istatistiksel olarak anlamlı olmayan) olmasının bir yansıması olabilir. Bizim çalışmamızda da birinci basamakta çalışmak isteyen aile hekimliği uzmanlarının içsel ve genel doyum puanları diğer basamakta çalışmak isteyenlere göre daha yüksek bulundu. Çalışmamızda sebeplerine ilişkin bir veri bulunmamasına karşın bunun olası birkaç sebebi olabilir. Birinci basamakta elde edilen gelir düzeyinin görece diğer basamaklarda çalışan aile hekimliği uzmanlarından daha tatmin edici düzeyde olması olabilir. Birinci basamaktaki iş tanımı ve iş yükünün diğer basamaklarda çalışan aile hekimliği uzmanlarının iş tanımı ve iş yüküne göre çerçevesinin daha belirgin olması ve bununla bağlantılı olarak ikinci ve üçüncü basamakta belirli bir poliklinik ve servis tanımının yer almaması akla gelen olası bir nedendir. Bunun bir sonucu olarak birinci basamakta diğer basamaklara göre yönetici mobingine maruz kalma durumunun daha sınırlı olması diğer nedenler arasında yer alabilir. Aile hekimliği uzmanlarının ikinci ve üçüncü basamakta idareciler ve diğer uzman hekimler nazarında daha az itibar görmeleri akla gelen diğer bir nedendir. Ancak bunların objektif bir şekilde ortaya konulması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapılan çalışmada elde edilen bulgulardan biri de çalışılan kurumun fiziksel imkanlarının yeterliliği açısından içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puan ortalamasının yeterli olduğunu düşünenden, yetersiz olduğunu düşünene azalmasıdır. Bu bulgu Özçelik-Şenocak (2019) aile hekimliği bölümü araştırma görevlilerinde elde edilen bulgu ile doğrudan örtüşmektedir. Öztürk (2017), fiziksel olanakların, kişinin çalışma şartlarına doğrudan etki etmesinden dolayı iş doyumunu etkileyen birincil etmenlerden olduğunu belirtmiştir.

Çalışma sonucunda elde edilen ve beklenen bulgulardan diğeri ise içsel, dışsal ve genel iş doyumunun azalması ile işi bırakma eğiliminin artmasıdır. Özçelik-Şenocak (2019) aile hekimliği bölümü araştırma görevlilerinde elde edilen bulgu ile bu çalışmadaki aile hekimliği uzmanlarının sonuçları oldukça benzerdir. Bununla birlikte bu bulgu literatürde yer alan hem sağlık bilimleri hem de diğer birçok çalışmada ortaya çıkan sonuçlarla desteklenmektedir (örneğin Karcioğlu ve Aktaş

2010, Sünter ve ark. 2006, Yavuzylmaz ve ark. 2007). Kişilerin iş ile ilgili yaşadıkları sorunların artması, onları işlerini bırakma düşüncesine sevk etmekte ve dolayısıyla iş doyumlarının düşmesine neden olmaktadır.

Çalışmada tükenme ile yaş arasında ilişki incelendiğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile negatif yönlü bir ilişkiye sahipken kişisel başarı ile pozitif yönlü bir ilişkiye sahiptir. Duygusal tükenme dışındaki ortaya çıkan bu ilişkiler anlamlıdır. Elde edilen bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla genel olarak uyumludur (Buğdaycı ve ark. 2005, Ebling and Carlotto 2012, Erol ve ark. 2007, Özyurt ve ark. 2006, Tosun 2019, Yavuzekinci 2018). Buğdaycı ve ark. (2005) tarafından Mersin ilinde 455 pratisyen ve uzman hekim üzerinde yapılan çalışmada yaş ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile negatif yönlü, kişisel başarı ile pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu yönüyle duygusal tükenmede ortaya çıkan anlamlı sonuç dışında çalışmamızın bulguları ile örtüşmektedir. Tosun (2019)'un çalışmasında da her üç tükenmişlik alt boyutu ile yaş arasında çalışmamızdaki boyutlar arasındaki ilişkiye benzer biçimde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebling and Carlotto (2012) tarafından Brezilya'da 256 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, yaş arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları azalırken kişisel başarı puanları artmaktadır. Buna karşın literatürde çalışmanın bulguları ile örtüşmeyen sonuçlar tespit edilmiştir (Gönültaş 2017, Marakoğlu ve ark. 2013, Sünter ve ark. 2006, Uyar 2018). Uyar (2018)'in çalışmasında yaş ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Gönültaş (2017) tarafından 263 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen çalışmada duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarında yaş gruplarından 40 yaşın üzerinde bulunan kişiler arasında bireysel başarı puanlarının anlamlı düzeyde diğer yaş gruplarından yüksek olduğu görülmüştür. Cherniss (1980) Cherniss in yaptığı çalışmada ortaya çıktığı üzere yaşın ilerlemesi ile insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde kişilerin tecrübesinin arttığı ve sorunlarla başa çıkma yeteneğinin artması sonucunda duyarsızlaşmanın azalacağı ve kişisel başarının artacağını belirtmiştir. Bununla birlikte genç yaştaki kişilerin yetersiz seviyede iç donanım ve sezgi eksikliği tükenmişliği artırabilir (Cherniss, 1980).

Çalışmada aile hekimliği uzmanlarının tanımladıkları gelir düzeyine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı görüldü. Genel olarak gelir düzeyi yüksek tanımlayanlar ile düşük tanımlayanlar arasında anlamlı puan farklılaşması söz konusudur. Taycan ve ark. (2006) tarafından Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 561 hemşirenin depresyon ve tükenmişlik düzeylerini belirlemeyi amaçladıkları çalışmada aylık gelirini yeterli bulanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ortalama puanları yetersiz bulanlardan düşük olduğu ve kişisel başarı için bu durumun tam tersi olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma bu bulgularıyla çalışmamızla paralellik göstermektedir. Akyüz (2015) tarafından hemşirelerde gerçekleştirdikleri çalışmada yalnızca duygusal tükenme alt boyutunda gelirini yetersiz bulan kişilerin ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Çağan (2014) Malatya ilindeki sağlık çalışanları üzerinde yürüttüğü çalışmada duygusal tükenme ve duyarsızlaşma gelir düzeyini kötü, orta ve iyi olarak tanımlayanlar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Gönültaş (2017) çalışmasında da aylık gelir düzeyine göre tükenmişlik puanlarının farklılaşması incelenmiş ve aylık gelir düzeyine göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında farklılaşma tespit edilirken kişisel başarı boyutunda herhangi bir farklılaşma tespit edilmemiştir. Bu bulgulara karşın literatürde çalışmamızdaki bulgularla örtüşmeyen çalışmalar da mevcuttur. Kaçan ve ark. (2016)'ın, Kayğusuz (2016)'un, Okray ve Abatay(2015)'in, Yılmaz (2009)'ın ve Yurtsever (2015)'in gerçekleştirdiği çalışmalarda gelir düzeyini yeterli bulanlar ile bulmayanlar arasında tükenmişlik puanları kıyaslandığında farklılaşma bulunmamıştır. Çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlara göre, kazanılan gelirin aile hekimliği uzmanlığı için motivasyon kaynağı olması ve sonucunda tükenmişliği azalttığı düşünüldü. Çalışmamızda gelir düzeyinin kişilerin subjektif değerlendirmesine bağlı olması, hangi düzeye düşük, orta ve yüksek gibi değerlendirme yaptığının net rakamlarla ortaya konulmaması bir kısıtlılık olduğu gibi objektif bir veri de ortaya koyamamıştır. Bu konuda daha fazla ayrıntıya ulaşmak ve sebep sonuç ilişkisi kurmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmadaki mesleki çalışma ve aile hekimi olarak çalışma süreleri ile tükenmişlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki (duygusal tükenme ve mesleki çalışma süresi

arasındaki ilişki hariç) bulundu. Bu iki değişken için duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı ile pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Aslan ve ark. (1996, 1997) ve Aslan ve ark. (2005) çalışmalarında mesleki çalışma süresinin artmasıyla tükenmişlik süresinin arttığı görülmüştür. Erol ve ark. (2007) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimlik süresi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunurken kişisel başarı ile anlamlı ilişki görülmemiştir. Buna ek olarak Tosun (2019) tarafından yapılan çalışmada 25 yıl ve üzerindeki hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının çalışma deneyimi az olan hekim arkadaşlarına göre daha düşük olduğu, kişisel başarı puanlarının ise tam tersine daha yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu bulgular çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Kaygusuz (2016) çalışmasında ise çalışma süresi ile tükenmişlik düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Bu ise literatürde çalışmamızın bulgusuna aksi bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Benzer şekilde Kurçer (2005), Sünter ve ark. (2006) ve Uyar (2018) çalışmalarında ilgili değişkenler arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Ergin (1992), mesleğe yeni başlayan ve daha az kıdeme sahip olan kişilerin tükenmişlik düzeyinin yüksek olmasının nedenini bu kişilerin mesleğe tam olarak aidiyet hissetmemelerinden kaynaklanabileceğini belirtmiştir. Buna ek olarak genç hekimlerin mesleğe alışma konusunda yaşadıkları sorunlar tükenmişliklerini arttırabilmektedir. Bununla beraber hekimlikte geçirilen sürenin artması deneyimle birlikte karşılaşılan sorunları çözmede pratiklik getirmesi kişisel olarak memnuniyeti arttırabilir.

Çalışmada duygusal tükenme puanları açısından Akdeniz, Marmara ve İç Anadolu bölgelerinde görev yapanlardan Ege bölgesinde görev yapanların ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu elde edilen diğer bir bulgudur. Gezer ve Yenel (2009) tarafından Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarında görev yapan 365 öğretim elemanı üzerinde yapılan çalışmada stres düzeyi düşük olanlar arasında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında bölgeler arasında farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Duygusal tükenme için bulunan sonuçlarda Ege bölgesinde görev yapan öğretim görevlilerin tükenmişlik düzeyi daha düşüktür. Bu yanıyla çalışmamızdaki bulgunun tam tersinedir. Bu bulguya ait sebep sonuç ilişkisi

kuracak bir veri bulunmaması daha fazla ayrıntı içerecek çalışmaların yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bulguları destekleyecek veri olmamasına karşın Ege bölgesindeki aile hekimliği uzmanlarının duygusal tükenmelerinin daha fazla olmasının sebebi yaz mevsimlerinde yerli turistlerin normal dönemlerin çok üzerinde bir hizmet alma başvuru potansiyeli taşınması, iş yükünün karşılanamaz bir şekilde artmasına sebep olarak karşılığı olmayan bir hizmet üretimi nedeniyle duygusal tükenmeye sebep olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda Ege bölgesinde sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi çok düşük olan yerleşim yerlerinin olması bir diğer akla gelebilecek sebep olabilir.

Çalışmadaki akademik görev ile ilgili bulgulardan biri de duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından akademik görevi olanların ortalamasının akademik görevi olmayanlardan anlamlı düzeyde düşük kişisel başarı puanları için ise tam tersi olduğudur. Literatürde bu bulguya benzer çalışma olmamasına karşın Tosun (2019) tarafından yapılan çalışmada akademik unvan seviyesine göre tükenme alt boyutlarının farklılaştığı görülmüştür. Akademik unvanı üst seviyede olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşükken kişisel başarı puanları yüksektir. Buna bağlı olarak akademik görevi olan aile hekimliği uzmanlarının daha az hasta ile karşılaşmaları tükenmişlik seviyelerinin daha az olmasını sağlayan bir etken olabilir. Buna ek olarak akademik görevi olmanın getirdiği deneyimin meslekte karşılaşılan sorunlara daha etkili çözümler getirmeleri tükenmişliği azaltan diğer bir etmen olabilir.

Çalışma sonucunda elde edilen diğer bir bulgu COVID-19 Pandemisi sonrası ortalama 48 ve üzerinde hasta görüşmesi yapanların tükenmişlik puan ortalamasının 0-24 hasta görüşmesi yapanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğudur. COVID-19 Pandemisi öncesinde günlük görüşülen hasta sayısının artması ile birlikte tükenmişliğin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Bircan ve ark. 2005, Kaygusuz 2016). Türkili ve ark. (2021) tarafından Mersin ilinde aile hekimleri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada daha fazla temaslı hasta görüşmesi yapan hekimlerin duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Kılıç ve ark. (2021) tarafından 754 hekim üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ise

COVID-19 Pandemisi ile çalışma sürelerinin arttığını belirten hekimlerin duygusal tükenme puanları çalışma saati değişmeyen ve azalanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalardaki tüm bu bulgular çalışmamızın bulgusunu destekler niteliktedir. Beklenildiği üzere COVID-19 Pandemisinin sağlık çalışanları üzerine yüklediği sorumluluk açıktır ve bunun sonucunda artan iş yükü beraberinde tükenmişliği getirmiş olabilmektedir.

Çalışmada elde edilen bulgulardan bir diğeri ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından tıp doktorluğunu ve aile hekimliği uzmanlık dalını istemeyerek seçenlerin ortalamasının isteyerek seçenlerden anlamlı düzeyde yüksek; kişisel başarı puanları için ise tam tersi olmasıdır. Kayğusuz (2019)'un çalışmasında mevcut branş ve birimini tekrar seçmek isteyenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı seçmek istemeyenlere göre düşük, kişisel başarı için yüksek olduğu saptanmıştır. Uyar (2018) çalışmasında da benzer şekilde hem meslek hem de bölüm tercihi açısından aynı sonuca ulaşılmıştır. Armutlukaya (2014)'nın çalışmasında da tıp fakültesinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde meslek tercihi açısından çalışmamızın sonucunu destekler bulgulara ulaşılmıştır.

Çalışmada fiziksel ortamı yeterli bulma durumuna göre tükenmişlik alt boyut puanları arasında anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu bulgu Armutlukaya (2014)'nın bulguları ile birebir örtüşmekte fakat Özçelik-Şenocak (2019) çalışmasının sonuçları ile desteklenmemektedir. Bu durum kişinin çalıştığı ortamla etkileşimi fiziksel ortam sayesinde gerçekleşmekte ve bu iş doyumunda Öztürk (2017)'ün belirttiği üzere kişinin çalışma ortamının konforunu artıran bir etmen olmasından dolayı tükenmişliği etkilemesi muhtemeldir.

Çalışma sonucunda elde edilen ve beklenen bulgulardan bir diğeri ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının azalması ile işi bırakma eğiliminin artması ve kişisel başarı puanlarının artmasıdır. Armutlukaya (2014) çalışmasında mesleği bırakmak istemeyenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının, bırakmak isteyenlerden yüksek olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte Polatçı ve Ardicı'nın Gaziosmanpaşa Üniversitesindeki 202 akademisyen üzerinde gerçekleştirdiği

çalışmanın sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir. Özçelik-Şenocak (2019) çalışmasında da tükenmişlik düzeyi orta ve yüksek olarak gruplanan kişiler arasında elde edilen bulgular bizim çalışmamızdaki bulguyu desteklemektedir. Tükenmişliğin bir göstergesi olarak işi bırakma davranışının ortaya çıkması gayet olası ve beklenen bir sonuçtur.

Çalışma kapsamında ortaya çıkan en önemli bulgulardan biri de iş doyumunu ile tükenmişlik arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmasıdır. Tosun (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da genel doyum puanlarının artışı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları azalırken kişisel başarı puanlarının arttığı görülmüştür. Benzer biçimde Mertoğlu (2015) tarafından Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi'nde çalışan sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, genel iş doyum puanı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif korelasyon, kişisel başarı ile arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Karahaliloğlu (2013)'nin çalışmasında elde edilen ilişkinin yönü açısından çalışmamızla benzer olsa da duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutlarındaki ilişkinin anlamlı olmaması yönüyle farklılaşmamaktadır. Gönültaş (2017) ise genel doyum puanları yerine içsel ve dışsal doyum puanları olarak tükenmişlik ilişkisini incelemiş yine çalışmamızı destekleyen bulgulara ulaşmıştır. Yurtsever (2015) İzmir'de görev yapan evde bakım hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi duyarsızlaşma ve iş doyumunu puanı arasında negatif ilişki tespit etmiştir. Buna karşın ilgili çalışmada duygusal tükenme ile tükenmişlik arasında bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı olmayan negatif ilişki bulunmuştur. Ayrıca çalışmanın aksine kişisel başarı ile iş doyumunu arasındaki ilişki anlamlı ve negatif yönlüdür. Bu çalışmalar dışında literatürde bu durumu destekleyen çalışma tespit edilmiştir (Amofo ve ark. 2015, Ebling and Carlotto 2012, Erol ve ark. 2007, Erol ve ark. 2012, Kavlu ve Pınar 2009, Özyurt ve ark. 2006, Yang ve ark. 2017). Literatürde bu durum ile paralellik göstermeyen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Kaygusuz (2016) çalışmasında iş doyumunu puanlarının artışı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının arttığı buna karşın kişisel başarı puanlarının düştüğü de görülmüştür. Genel olarak değerlendirildiğinde literatürdeki çalışmaların bizim çalışmamızla benzer sonuçlara

sahip olduğu düşünölmektedir. Özellikle Erdoğan (2021) tarafından 71 adet iş tatmini ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma meta-analiz yöntemi ile incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre iş doyumunu ve tükenmişlik arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir etki olduğu doğrulanmıştır. Benzer biçimde Kış ve ark. (2016) ve Yorulmaz ve ark. (2017) eğitim alanında yaptıkları meta-analiz çalışmaları bu bulguyu desteklemektedir.

Sonuç olarak; çalışmamızdan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde aile hekimliği uzmanlarının içsel doyum puanlarının dışsal doyum puanlarından yüksek olduğu ve genel doyum puanlarının ortalamasının çok az üzerinde yer aldığı görölmüştür. Tükenmişlik açısından ise her ne kadar duyarsızlaşma puanları ortalamasının altında olsa da duygusal tükenme puanları ortalamasının üzerindedir. Bu durum aile hekimliği uzmanlarının duygusal tükenme ile ilgili problem yaşama sınırında olduğunu göstermektedir. Buna karşın aile hekimliği uzmanlarının kişisel başarı açısından ortalamasının üzerinde yer alması sevindiricidir. Çalışmadaki sonuçlar iş doyumunu ve tükenmişlik değişkenleri demografik değişkenlerden daha çok çalışma hayatına ilişkin değişkenlere göre farklılaştığını göstermektedir. Kişinin gelir düzeyi tanımlaması çalışmada ele alınan her iki değişken için farklılaşmayı sağlayan demografik değişkenlerden biridir. Bununla birlikte aile hekimliği uzmanlarının iş doyumları görev yapılan bölge, idari göreve sahip olma, aile hekimliği uzmanlık alanını isteyerek seçme, çalışmak istenen sağlık kademesi, fiziksel olanaklar ve mesleği bırakma gibi değişkenlerden etkilenmektedir. Tükenmişlik düzeyi ise hekimlik ve aile hekimliği uygulamasında geçirilen süre ile ilişkili olup görev yapılan bölge, akademik göreve sahip olma durumu, COVID-19 sonrası günlük değerlendirilen hasta sayısı, hekimlik ve aile hekimliği alanını isteyerek seçme, fiziksel olanaklar, hasta memnuniyeti ve mesleği bırakma değişkenlerinden etkilenmektedir. Bunların dışında literatürce de desteklenen iş doyumunu ve tükenmişlik arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Tüm bu bulgular iş doyumunu arttırmanın aile hekimliği uzmanlarındaki tükenmişlik seviyesini azaltacağını göstermiştir. Bu yüzden aile hekimliği uzmanlarının tükenmişliğine neden olan değişkenlerin dikkate alınması gerekmektedir. Bu kapsamda özellikle aile hekimliği uzmanlarının gelir açısından kendilerini güvende hissetmeleri çok önemlidir. Bunun

için de ‘Aile hekimliği ödeme ve sözleşme yönetmeliği’ çok net ifadeler içermeli, çalışanın iş güvencesini garanti altına almalı, iş ahlakını yozlaştırmaya sebep olacak aşırı iş yüküne ve gelir kaybına sebebiyet verecek yükümlülüklerden uzak bir şekilde düzenlenmelidir. İş güvencesi, doğrudan iş doyumunu artıran ve tükenmişlik düzeyini azaltan bir etmendir. Bunun yanında özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimliği uzmanlarına kesin kayıtlı hizmet alan nüfusu azaltıcı tedbirler alınmalıdır. Bu tedbirler alınırken sahada aile hekimliği görevi yapan ve hizmet üreten aile hekimliği uzmanlarının mevcut maddi ve özlük haklarının muhakkak korunması ve iyileştirilmesi için çaba sarf edilmelidir. Bu sayede sistemin daha iyi işletilmesi ve niteliğinin artırılması için motivasyon azami ölçüde artırılmış olacaktır. Hizmet süresinin artması ile tükenmişliğin azalması bulgusuna dayanarak aile hekimliği uzmanları göreve yeni başladığı dönemlerde motivasyon açısından desteklenmelidir. Önünde uzun bir hizmet süresi olan yeni aile hekimliği uzmanlarının iş güvencesi objektif kriterler ve hukuk devleti normlarıncı yönetmeliklerle değil kanun ile muhakkak garanti altına alınmalıdır. Yaptığı iş, ürettiği hizmet için ‘tıbbi deontoloji nizamnamesi’ göz önüne alınarak hekimliğine müdahale edilmemelidir. Tüm dünyada salgın gibi artan ve ülkemizde de önemli bir sorun haline gelen ‘sağlıkta şiddet’ meslek hayatına yeni atılan genç hekimlerin motivasyonunu azaltan önemli etmenlerin başında gelmektedir. Özellikle fiziksel ortamın hem iş doyumunu hem tükenmişlik açısından öneme sahip olması bu açıdan aile hekimliği uzmanlarının çalışma ortamının geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Sanal birim açılmasının hızla arttığı son yıllarda, fiziki ortamı olmayan sanal aile sağlığı merkezi ve aile hekimliği birimini çalışma ortamı olarak tercih eden hekimlerce fiziki ortam oluşturmak çok ciddi bir maddi kaynak gerektirmektedir. Bu maddi kaynağı mesleğe yeni başlayan aile hekimliği uzmanının iş güvencesinin de yönetmeliklerle sürekli tehdit edildiği bir ortamda karşılaması çok zor olduğundan motivasyon kaybına sebep olmakta ve iş doyumunu ciddi oranda azaltarak etkilemektedir. Son olarak sağlık sistemi içinde merkezi role sahip olan aile hekimliği uzmanlarının psikolojik duygu ve durumları izlenerek, uzmanlarca gerekli destek verilmesi çok faydalı olacaktır. Aile hekimi gelişmiş ülkelerde sağlık sistemine giriş kapısı olarak fonksiyon görmektedir. Bu yüzden aile hekimine ‘gate keeper’ kapı tutucu denilmektedir. Sağlık sisteminin sürekliliğinin, finansmanının

optimum şartlarda sağlanması için aile hekimliğinin desteklenmesi, sisteme daha çok aile hekimliği uzmanının girmesinin sağlanması gereklidir. Sağlık sistemi her basamağı ile bir bütündür. Aksaklık olan her bir basamak diğerini zaman içerisinde muhakkak olumsuz etkileyecektir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti her ülkenin sağlık sisteminin geleceğini garanti altına alacak en önemli faktördür. Güçlü birinci basamak sağlık hizmeti ancak iş doyumunu yüksek çalışanlarla mümkündür. Hem çalışma koşullarının iyileştirilmesi hem fiziki çalışma mekanlarının iyileştirilmesi hem iş yükünün ve iş karşılığı alınan ücretin eşdeğer meslek grupları veya gelişmiş ülke meslektaşları ile birbirine yakın olması iş doyumunu olumlu etkileyecektir. Aynı zamanda üretilen sağlık hizmetinin nitelikli hizmet olması münasebeti ile hizmet alanlara zorla sunulması değil talep edilmesi halinde belirli bir mekanda belirli bir sürede ve hizmet alana sorumluluk verilerek sunulması, hem iş kalitesini hem de iş doyumunu olumlu etkileyecektir.

KAYNAKLAR

- Acar E. (2007). Uzmanlık alanında çalışmanın iş doyumuna etkisi. *Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 3(2).
- Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete. (27801, 30.12.2010).
- Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. (2010). Aile hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. *GeroFam*, 1(1), 15-28.
- Akyüz İ. (2015). Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 21-34.
- Algın K, Şahin İ, Top M. (2004). Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3).
- Altundağ Ö, Orhan D, Özgür E, Öksüz E. (2010). Ankara' da Çalışan Radyoloji Teknikerlerinin Mesleki ve Tükenmişlik Durumları. *MYO-ÖS-Ulusal Meslek Yüksekokulları öğrenci Sempozyumu. Düzce*.
- Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational medicine*, 65(2), 117-121.
- Ardıç K, Polatçı S. (2008). Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.
- Armutlukaya M. (2014). Çalışan Öğretim Üyeleri Ve Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya (Danışman: Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU)*.
- Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. (2005). Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. *Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, 65.
- Aslan SH, Gürkan BS, Alparslan, ZN, Ünal M. (1996). Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Düşünen Adam*, 9(3).

- Aslan SH, Aslan RO, Alparslan ZN., Gürkan SB., Ünal M. (1997). Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22(2), 132-136.
- Aylaz R, Aydoğmuş N, Yayan EH. (2017). Hemşirelerin iş doyumunu düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1), 12-17.
- Aytekin A, Yılmaz Kurt F. (2014). Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital, 4(1).
- Baycan A. (1985). An analysis of several aspects of job satisfaction between different occupational groups. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. (2006). "Acil Tıp Hizmeti Veren Hekimlerde Tükenme Sendromu", Akademik Acil Tıp Dergisi, 4(7), 51-54.
- Buğdaycı R, Kurt Ö, Şaşmaz T, Öner, S. (2005). Mersin ilinde görev yapan pratisyen ve uzman hekimlerde ruhsal tükenmişlik durumu ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum, 15(2), 25-32.
- Cherniss C. (1980). Professional burnout in human service organizations. Greenwood.
- Corcoran K. (1986), The Association of Burnout and Social Work Practitioners Impressions of Their Clients: Empirical Evidence, Journal of Social Service Research, 10: 57-66. 120.
- Cordes CL, Dougherty TW. (1993). A review and an integration of research on job burnout. Academy of management review, 18(4), 621-656.
- Çağan ÖR. (2014). Malatya İlindeki Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu, Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. Osman GÜNAY).
- Çağlayaner H. (1995) Temel Kavramlar ve Tarihsel Perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; p. 17-20.
- Çam O. (1995). Tükenmişlik. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.

- Çavmak Ş, Çavmak D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. (1)1:48-57.
- Davis K. (1984). Human Behavior At Work, İşletmelerde İnsan Davranışı, Çeviri: K. Tosun. İ.Ü. Yayınları No:302, 2.Baskı, İstanbul.
- Derin N. (2007). Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. Gülşen Terakye).
- Derinbay D. (2012). Öğretim Elemanlarının İş Doyumları ile Mesleki Tükenmişliklerinin İncelenmesi (Pamukkale Üniversitesi Örneği), e-Journal of New World Sciences Academy, 7(3): 910-928.
- Ebling M, Carlotto, MS. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. Trends in psychiatry and psychotherapy, 34, 93-100.
- Ekşi H. (2006). İlköğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerinin Kurum İçi İletişimleri ile İş Tatminleri Arasındaki İlişki. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilimsel Araştırma Ders ödevi
- Elçin M. (1998) Aile hekimi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını.
- Ergin C. (1996). Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi, 4(1), 28-33.
- Ergin C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey).
- Erol A, Sarıçek A, Gülseren S. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyum ve depresyonla ilişkisi/Burnout in residents: association with job satisfaction and depression. Anadolu psikiyatri dergisi, 8(4), 241.
- Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L. (2012). Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyum. Klinik Psikiyatri, 15, 103-110.
- Ersoy F, Yıldırım CR, Edirne T. (2001) Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2(3): 15-20.

- Evans P, ed. Wonca World family doctors. Caring for people. Avrupa Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı Wonca Europe. Başak O, Çev. Ed. – 2002. Erişim: <http://www.woncaeurope.org/>. Erişim tarihi: 01.04.2010.F
- Fawzy IF, Fawzy NW, Pasnau R. (1991). Burnout in the health professions. In: Handbook of studies on general hospital psychiatry. Judd, Burrows, Lipsitt (Ed). NewYork. Elsevier Science Publishers. pp.119-130.
- Fişek N. (1985). Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, Ankara,; 115-116.
- Glisson C, Durick M. (1988). Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human service organizations. Administrative science quarterly, 61-81.
- Gönültaş T. (2017). Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumunun Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana (Danışman: Prof. Dr. Necdet Aytaç).
- Günaydın M, Kavalcı C, Ersoy S. (2019). Ankara'da Çalışan Acil Tıp Asistanlarının İş Doyumu. Anatolian Journal of Emergency Medicine, 2(2), 1-4.
- Güriş S, Akyurt N, Astar M. (2017). Factors affecting burnout, stress management, and job satisfaction of health professionals: a comparison of occupation groups from Istanbul. Medical Sciences, 12(4), 22-36.
- IBM Corp. Released (2016). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kaçan CY, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. (2016). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 5(2), 65-74.
- Kaçmaz N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68:29-32.
- Parahoo, K, Barr O. (1994). Job satisfaction of community nurses working with people with a mental handicap. Journal of Advanced Nursing, 20(6), 1046-1055.
- Kantarıcı Y. (2015). Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam

- Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Tan).
- Karahaliloğlu N. (2013). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kürşat Özdilli).
- Karcıoğlu F, Akbaş S. (2010). İşyerinde Psikolojik Şiddet ve İş Tatmini İlişkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 24(3), 139-161.
- Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. (2000). Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi, Türk Psikiyatri Dergisi, 11: 49-57.
- Kavlu İ, Pınar R. (2009). Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 29(6), 1543-1555.
- Kayğusuz ÖR. (2016). Bir Üniversite Hastanesindeki Araştırma Görevlisi Doktorların Mobbinge Maruz Kalma Algıları, İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Isparta (Danışman: Yard. Doç. Dr. Mustafa DEMİRER).
- Kılıç OHT, Anıl M, Varol U, Sofuoğlu Z, Çoban İ, Gülmez H, ..., Mete BD. (2021). Factors affecting burnout in physicians during COVID-19 pandemic. Ege Tıp Dergisi, 60(2), 136-144.
- Kış A, Şad SN, Özer N, Atik S. (2016). A meta-analysis of the relationship between burnout and job satisfaction of educational stakeholders. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 18(1), 160-183.
- Koşan Z. Erzurum'da Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum- 2010.
- Kurçer MA. (2005), "Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri" Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2 (3), 11

- Li JY, You Z, Wang Q, Zhou ZJ, Qiu Y, Luo R, Ge XY. (2020). The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. *Microbes and Infection*. 22(2), 80-85.
- Locke EA. (1976). *The Nature and Causes of Job Satisfaction: Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Luthans F. (1992). *Organizational Behavior*. 6 th ed., New York. McGraw-Hill,
- Marakoğlu K, etin Kargın N, Armutlukuyu M. (2013). Tıp fakóltesi araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 23(4).
- Maslach C, Jackson SE. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Mertoğlu S. (2013). Gülhane Askeri Tıp Fakóltesi Eğitim Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik ve İş Doymu Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Top).
- Mevsim V. (2012). Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *16(3):107–12*.
- Musal B, Elçi ÖÇ, Ergin S. (1995) Uzman hekimlerde mesleki doym. *Toplum ve Hekim*, 10: 2-7.
- Okray Z, Abatay G. (2015). Birinci basamak temel sağlık ve yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin tükenmişlik sendromu ve iş doymalarının karşılaştırılması. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counseling*, 4(2), 49-56.
- Orhan K. (1997). İş Doymu ve Değerler. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Nuri Bilgin).
- Özçelik Şenocak E. (2019). Ankara'da Çalışan Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doymu ve Sosyodemografik Verilerle İlişkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Uzman Dr. İrep Karataş Eray).
- Özyurt A, Hayran O, Sur H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Journal of the Association of Physicians*, 99(3), 161-169.

- Öztürk T. (2017). Acil Servislerde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Çalışanlarının İş doyumu ve Performansları Üzerine Bir Araştırma. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar).
- Örmen U. (1993). Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. İnci Artan).
- Özdemir AK. (2003). Dış Hekimliği Fakültesi Akademik Personelinde Tükenmişlik Ölçeğinin Üç Yıllık Arayla Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi, 6(1).
- Paycı S, Ünlüoğlu İ. (2004). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Basım, Ankara, s.23-29.
- Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. (2002). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Doktorluğu Birinci Aşama Uyum Eğitimleri Kitabı. 3. Bölüm (Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı WONCA Europe).
- Rakel RE. (2002). The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; p. 3-18, 159-209, 253-61, 1587-602.
- Rothan HA., Byrareddy, SN. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of autoimmunity, 109, 102433.
- Saal FA, Knight PA. (1988) Industrial and Organisational Psychology, Science and Practica Brooks/Cole Publisher, 304.
- Schultz DP, Schultz SE. (1990). Psychology and industry today: An introduction to industrial and organizational psychology. Macmillan Publishing Company.
- Schober P, Boer C, Schwarte LA. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. Anesthesia & Analgesia, 126(5), 1763-1768.
- Sohrabia C, Alsafib Z, Aghad R. (2020). World Health Organization Declares Global Emergency: A Review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). International Journal of Surgery, 76(2020), 71-76.

- Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. Genel Tıp Dergisi, 16(1), 9-14.
- Sürgevil O. (2005). Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörler: Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Gülay Budak).
- Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M. (2020). COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları, (34).
- T.C. Sağlık Bakanlığı-TUK. Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Ankara-2017.
- T.C.Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara-2004.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7(2), 100-108.
- Taşdemir G. (1999). Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Aycan Karaaslan).
- The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002. p. 4-6, 7-43.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS). (2018). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Erişim adresi: <http://www.tuk.saglik.gov.tr/TR,31474>.
- Yavuzekinci MA. (2018). Ameliyathanede Çalışan Anestezi Doktorları ve Anestezi Teknikerlerinin Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Filiz Tüzüner).

- Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. (2008). Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TAF Prev Med Bull, 7(5), 377-384.
- Tosun Y. (2019). Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ile İş Doyumu Arasındaki İlişki. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Derya (İren) Akbıyık).
- Türkili S, Uysal Y, Tot Ş, Mert E. (2021). Aile Hekimlerinde Korona Virüs Salgını Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar, Kaygı ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 15(2), 348-356.
- Ungan M, Ceyhan G. (2006) Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. Aile ekimliği. Eylül/Ekim;1:7-10.
- Uyar AA. (2018). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlileri Empati Düzeylerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik ile İlişkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Dr. Öğr. Üye. Önder Sezer).
- Üçüncü T. (2019). İstanbul İli Beylikdüzü İlçesine Bağlı İlk ve Ortaokullarda Görev Yapmakta Olan Öğretmenlerde İş ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Prof. Dr. Ethem Erginöz).
- Ünal S, Karlıdağ R. Yoloğlu S. (2001). "Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi". Klinik Psikiyatri, 4/2, 113-118.
- Vara Ş. (1999). Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç Dr. Olcay Çam).
- Weiss DJ, Davis RV, England GW, Lofquist LH. (1967). Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. The University of Minnesota Press, Minneapolis.
- WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, (<https://covid19.who.int/>) (Erişim Tarihi: 05 Ağustos 2021)
- Yalçın A, Öztürk A, Özgen H. (2005). İnsan Kaynakları Yönetimi, Nobel Kitabevi, Adana, s.350.

- Yang S, Liu D, Liu H, Zhang J, Duan Z. (2017). Relationship of work-family conflict, self-reported social support and job satisfaction to burnout syndrome among medical workers in southwest China: A cross-sectional study. *PloS one*, 12(2), e0171679.
- Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. (2007). Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 6(1), 1.
- Yılmaz M. (2015). Afyon Kocatepe Üniversitesi Akademik Personelinin Mesleki Tükenmişlik, İş Doyumu ve İşle Bütünleşme Düzeyinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyon (Danışman: Doç. Dr. Nazlı Şensoy).
- Yılmaz TD. (2009). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ferda Özyurda).
- Yorulmaz, YI, Colak I, Altinkurt Y. (2017). A meta-analysis of the relationship between teachers' job satisfaction and burnout. *Eurasian Journal of Educational Research*, 17(71), 175-192.
- Yurtsever N. (2015). İzmir'de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Medine Yılmaz).
- Zheng SQ, Yang L, Zhou PX, Li HB, Liu F, Zhao RS. Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: A China perspective. *Res Social Adm Pharm*. 2020 Mar 26: S1551-7411(20)30284-9.

EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doymu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu tez çalışması aile hekimliği uzmanlarının iş doymu ve tükenmişlik düzeyleri ile ilgili düşünceleri çeşitli değişkenlerin değerlendirilmesi amacıyla Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hazırlanmıştır. Bu tez araştırması Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER sorumluluğunda Dr. Raşit KARAAKYTAÇ tarafından yürütülmektedir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır; ileride yapılacak bilimsel çalışmalara öncülük etmek üzere istatistiksel bilgi olarak kullanılacaktır. Bu nedenle sorulara lütfen içtenlikle cevap veriniz.

Araştırmadaki tüm maddelere yanıt vermek için yaklaşık **8-10 dk.** gerekmektedir. Bu çalışmaya sağladığınız katkılar için teşekkür ederim.

1. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz:

() Bekar () Evli () Dul/Eşi Vefat Etmiş () Boşanmış

4. Çocuk Sayınız:

5. Meslekteki Çalışma Süreniz (Yıl olarak belirtiniz):

6. Aile Hekimliği Uzmanı Olarak Çalışma Süreniz (Yıl olarak belirtiniz) :

.....

7. Görev Yaptığınız İl:

8. İdari göreviniz var mı?

() Evet () Hayır

9. İdari göreviniz var ise belirtiniz; (Örneğin, başhekim, başhekim yardımcısı, il / ilçe sağlık müdürü, şube müdürü vs.)

.....
.....

10. Akademik ünvana sahip misiniz?

Evet Hayır

11. Akademik ünvanınız: (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz.)

Prof. Dr Doç. Dr. Dr. Öğr. Üyesi

Öğr. Gör. Diğer

12. Haftalık Çalışma Süreniz: (Saat olarak belirtiniz)

13. Her gün poliklinik yapıyor musunuz?

Evet Hayır

14. Günlük olarak hasta bakıyorsanız, günlük hasta sayınız;

(Ortalama - Covid19 Pandemisi Öncesi)

0 - 24 25 - 48 48 üzeri

15. Günlük olarak hasta bakıyorsanız, günlük hasta sayınız;

(Ortalama - Covid19 Pandemisi Sonrası)

0 - 24 25 - 48 48 üzeri

16. Eğer tercih hakkınız olsaydı, hangi basamak sağlık kurumlarında görev yapmak isterdiniz? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz.)

Birinci İkinci Üçüncü

17. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz.)

Düşük Orta Yüksek

18. Son bir yıl içinde işinizi bırakmayı düşündünüz mü?

Hiçbir Zaman Nadiren Bazen

Sık sık Her zaman

19. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

Evet Hayır

20. Aile hekimliği uzmanlık dalını isteyerek mi seçtiniz?

Evet Hayır

21. Çalışmış olduğunuz kurumun sizce fiziksel imkanları yeterli mi? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz.)

Evet Kısmen Hayır

22.Hizmetlerinizden hastalarınızın memnun olduğunu düşünüyor musunuz?

(Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz.)

Evet Kısmen Hayır



EK-2. MINNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda yapmakta olduğunuz işe karşı duygu ve durumlarınızı gösteren ifadeler bulunmaktadır. Sizden beklenen bu ifadeler üzerinde düşünmeniz ve size en uygun seçeneği belirtmenizdir.					
ŞİMDİKİ İŞİMDEN	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum
1. Beni her zaman meşgul etmesinden,	1	2	3	4	5
2. Bağımsız çalışma olanağı olması bakımından,	1	2	3	4	5
3. Ara sıra değişik şeyler yapabilmeme imkân vermesinden,	1	2	3	4	5
4. Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından,	1	2	3	4	5
5. Yöneticinin emrindeki kişileri yönetme tarzı bakımından,	1	2	3	4	5
6. Yöneticimin karar vermedeki yeteneğinden,	1	2	3	4	5
7. Vicdanıma uygun şeyler yapabilme olanağımın olmasından,	1	2	3	4	5
8. Bana sabit bir iş olanağı sağlamasından,	1	2	3	4	5
9. Başkaları için bir şeyler olanağını bana vermesi bakımından,	1	2	3	4	5
10. Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansım olmasından,	1	2	3	4	5
11. Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansım olmasından,	1	2	3	4	5
12. İş ile ilgili alınan kararlarımın uygulamaya konulmasından,	1	2	3	4	5
13. Yaptığım iş karşılığında aldığım ücretten,	1	2	3	4	5
14. İş içinde terfi olanağımın olmasından,	1	2	3	4	5
15. Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini vermesinden,	1	2	3	4	5
16. İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanma şansını bana sağlamasından,	1	2	3	4	5
17. Çalışma şartları bakımından,	1	2	3	4	5
18. Çalışma arkadaşlarımla birbirleriyle anlaşmalarından	1	2	3	4	5
19. Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından,	1	2	3	4	5
20. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden,	1	2	3	4	5

EK-3. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyunuz.	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
	1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.	1	2	3	4
2. İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.	1	2	3	4	5
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	1	2	3	4	5
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	1	2	3	4	5
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	1	2	3	4	5
11. Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.	1	2	3	4	5
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	1	2	3	4	5
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	1	2	3	4	5
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	1	2	3	4	5
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.	1	2	3	4	5
18. İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	1	2	3	4	5
19. Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.	1	2	3	4	5
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
21. İşimdeki duygusal sorunlara serin kanlılıkla yaklaşıyorum.	1	2	3	4	5
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini ben yapmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	1	2	3	4	5

EK-4. ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.04.2021-26389



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



Sayı : E-71522473-050.01.04-26389-**278**
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 13.04.2021 tarihli 278 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
27.04.2021.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BEKR5D7RC Pin Kodu :15191

Belge Takip Adresi : <http://193.140.253.232/envision/Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BES5D7M2>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,

Bilgi için: Yücel Demir

Adapazarı/Sakarya

Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu

Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629

e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Telefon No: 2953129



EK-5. ÇALIŞMANIN İSMİNİN DEĞİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2021-45413



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



Sayı : E-71522473-050.01.04-45413 - 398
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

14.07.2021

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 10.07.2021 tarihli 398 sayılı değişiklik başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın isminin "**Pandemi Döneminde Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" olarak değiştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Süleyman KALELİ
Etik Kurulu Başkanı V.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
14.07.2021

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSE5SKJD7B Pin Kodu :57552

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5783&eD=BSE5SKJD7B&eS=45413>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk,

Adapazarı/Sakarya

Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629

e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Yücel Demir

Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



Telefon No: 2953129

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Raşit Karaaytaç

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2015-2021 Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği A.D.

1991-2000 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

1985-1991 Kütahya Lisesi

1980-1985 Kütahya 30 Ağustos İlkokulu

III- Ünvanları

IV- Mesleki Deneyimi

2000-2003 Sakarya Ozanlar/Tekeler Sağlık Ocağı

2003-2006 Sakarya Hendek Devlet Hastanesi

2006-2007 Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi

2008-2009 Uşak Karahallı İlçe Devlet Hastanesi

2015-2021 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

2010- Sakarya Geyve Aile Sağlığı Merkezi