

Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler



**TÜRKİYE'DE
TABİP ODALARINA KAYITLI OLAN
BİR GRUP HEKİMDE TÜKENMİŞLİK
SENDROMU VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

**AĞUSTOS, 2005
ANKARA**

KATKIDA BULUNANLAR

Doç. Dr. Dilek ASLAN

Prof. Dr. Nural KİPER

Prof. Dr. Ergun KARAĞAOĞLU

Dr. Ferda TOPAL

Dr. Mehmet GÜDÜK

Dr. Özgür Sinan CENGİZ

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD\$	Amerikan Doları
AIDS	Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MTÖ-DT	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme
MTÖ-DYS	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma
MTÖ-KB	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TL	Türk Lirası
TTB	Türk Tabipleri Birliği

1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

Tükenmişlik kavramı ilk kez Herbert Freudenberger tarafından 1974 yılında tanımlanmış olup uzun dönemde karşılanmamış iş ile alakalı stresin ardından gelişen zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesi ile karakterize bir terim olarak kabul edilmektedir (1). Bireylerde tükenme; “duygusal tükenme”, kişisel başarı noksanlığı” ve duyarsızlaşma” olarak ortaya çıkmaktadır (2). Duygusal tükenme; kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ya da aşırı yüklenilmiş olma duygularını; duyarsızlaşma; çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranmalarını; kişisel başarı noksanlığı ise bireylerin sorunların üstesinden gelememe durumlarını ifade etmektedir (3).

Farklı alanlarda çalışan profesyoneller işlerinde yaşadıkları zorluklara karşı tepkiler verebilirler. Bu tepkiler genellikle psikosoyal ve bedensel olur ve “işe ilişkin stres”, “işe ilişkin bıkkınlık” ve “tükenme” olarak kendini gösterir. Bazı kaynaklar tükenmişlik sendromunun kronik stres sonucu oluşan bir hastalık olduğu ve sıklıkla yorgunluk, uyku problemleri ve kişilik bozuklukları ile birlikte seyrettiği üzerinde durmaktadır. Kimi zaman bu hastalık kronik yorgunluk sendromu ile karışabilmekte, kimi zaman da birlikte seyredebilmektedir (4).

Yapılan çalışmalar tükenme ile karşılaşma riskinin doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, öğretmenler, polisler, psikologlar, çocuk bakıcıları gibi insanlarla yüzyüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sendrom, uzun yıllardan bu yana önemli bir çalışma konusu olagelmıştır. Bazı veriler dünyada sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre daha az sıklıkta tükenmişlik durumu ile karşılaşıldığını belirtmektedir (5).

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında profesyonellerin kişilik

özellikleri rol oynayabilir, ancak; çalışma sisteminin yapısı, özellikleri bu konuda daha önemli olan risk faktörleri arasında yer almaktadır. İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik, ölümcül hastalar ile uğraşmak, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması “tükenme” de rol oynamaktadır (6).

Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları “zor” durumlar onların tükenmişlik düzeylerini artıracaktır. Örneğin, iş yaşamında karşılaşılan stres, çocukların bakımı, ev içi sorumluluklar ev yaşamındaki strese birleşir ve bu da bireylerin “tükenme” düzeylerinde artışa neden olur (7).

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında kültürel nedenler de rol oynayabilir. Pek çok sosyal, politik ve ekonomik faktör sağlık ile algıları ve çevresel koşulları değiştirebilir. Bu değişimler özellikle hükümetlerin genel ve sağlık özelindeki politikalarına bağlı olarak meydana gelebilir (5).

Tükenmişlik sendromu “fiziksel”, “duygusal” ve “zihinsel” bulgu ve belirtiler içerir. Fiziksel tükenmişlik belirtileri; kronik yorgunluk, güçsüzlük, enerji kaybı, yıpranma, hastalıklara daha hassas olma, sık baş ağrıları, bulantı, kas krampları, bel ağrısı, uyku bozuklukları gibi değişik sorun ve yakınmaları içerir. Duygusal tükenmişlik bulguları depresif duygulanım, desteksiz, güvensiz hissetme, ümitsizlik, evde gerilim ve tartışma artışı, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış, nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygulanımlarda azalma içermektedir. Zihinsel tükenmişlik bulguları da doyumsuzluk, kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı negatif tutumlar içerebilir. Sonuçta işi bırakma, savaştan kaçınma gibi davranışlar görülebilir. Tükenmişlik sendromunun uzun dönem etkileri de görülmektedir. İş yaşamının erken dönemlerinde oluşan tükenmişlik sendromu, uzun dönemde sorun yaratmıyor gibi görünmekte ve sağlık çalışanları bu sendromdan kurtulabilmektedir.

Ancak tükenme durumunda iş yaşamının geç dönemlerinde oluşursa ciddi ve uzun süren sorunlara yol açabilir. İlginç olarak tükenmişlik sendromundan kurtulmayı sağlayan etmenler zaman zaman bu bozukluğun nedeni de olabilmektedir. Bu etmenler arasında yeni iş ortamı, daha fazla özerklik, yönetim desteği ve işin ilginç olması sayılabilir (8).

Türkiye’de yaklaşık 90.000 adet hekim bulunmaktadır. Hekimler, ülkedeki sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet vermektedirler ve hekim başına düşen nüfus 789’dur(9). Ülkede sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı (SB) olup var olan hekimlerin büyük bir çoğunluğu SB bünyesinde görev yapmaktadır. Ancak, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, özel kurumlar da hekimlerin görev yaptıkları diğer birimlerdir (10). TTB tarafından 2002 yılında yayınlanmış bir rapora göre Türkiye’de sağlık ocaklarının %12’sinde hekim bulunmamaktadır. Personel eksikliği açısından Güneydoğu Anadolu Bölgesi diğer bölgelere göre daha fazla sorunlar yaşamaktadır (11). Dağılımdaki bu dengesizlik sunulan hizmetlerin aksamasına ve hizmet alanların farklı sektörlere yönelmesine neden olabilmektedir. Bu durumun yanısıra, yıllar içinde kamuda çalışan hekimlerin kamu hizmetlerine ek olarak yarı zamanlı işlerde çalışma durumlarında bir artma saptanmıştır. Yarı zamanlı işlerde çalışma nedenleri arasında hekimlerin kamudan elde ettikleri gelirin yaşamlarını sürdürebilmeleri için yetersizliği yer almaktadır. Bu noktada dünyanın farklı ülkelerinde kamuda çalışan hekimlerin aldığı maaşlarda farklılıklar olduğunun ifade edilmesi yerinde olur. Türkiye’de bir hekimin maaşı İngiltere’deki meslektaşının 15’te biri kadar olduğu bilinmektedir. Türkiye’de 2002 yılında yapılmış olan bir hesaplama göre 1/4 kıdemindeki bir uzman hekimin 508 ABD\$; 8/3’ü kıdemindeki bir pratisyen hekimin ise 394 ABD\$ almakta olduğu bilinmektedir (11). Türkiye’de tükenmişliği etkileyebileceği

düşünülen faktörlerden bazıları; birinci basamak sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarının açıkça belirtilmemiş olması, çalışanların farklı öğrenim düzeylerine sahip olmaları, bazı meslek gruplarının vardiya sistemi ile çalışıyor olması, sağlık sektöründe altyapı ve yönetsel yetersizlikler, özlük hakları sorunları, uzun çalışma saatleri, olumsuz çalışma koşulları olarak dikkat çekmektedir (12,13).

Yukarıda bazıları üzerinde durulan ve genel olarak sağlık çalışanlarının; özel olarak da hekimlerin sıklıkla karşı karşıya kaldıkları bu sorunlar onların yaşam koşullarını zorlaştırmakta; hizmet süreçlerinde kesintiler yaratmaktadır. Bu da onların mesleki olarak "tükenme" duygusu içinde olmalarına neden olabilmektedir.

Tükenmişlik sendromunun gelişmesinde stresin bir biçimde anahtar rol oynadığı ileri sürülmektedir. Bu olgu sağlık ile ilgili yardımcı mesleklerde çok yaygın görülmektedir. Bu mesleğe özgü ve tükenmişlik olgusunun ortaya çıkmasına neden olan bir çok etmen vardır. Ayrıca akut sıkıntıda olan hastaya yardımcı olamamak ve hastaların düzelmediğini izlemek önemli etmenlerdir. Kronik, çaresiz ve ölen hastalarla çalışmanın kendine özgü koşulları da tükenmişlik sendromuna neden olabilir. Bu koşullar kronik mental bozukluğu olan ve AIDS'li hastalarla çalışanlar için de geçerlidir (8). Bireylerin mesleklerinde vardiyalı çalışmaları veya çalışma yerlerinin sık aralıklarla değişmesi gibi nedenler de tükeme düzeyini artıran faktörler arasındadır (5).

Tükenmişlik açısından önemli bir risk faktörünün "iş stresinin" engellenmesi olduğu daha önceki paragraflarda ifade edilmiştir. Hollanda'da, 2400 hekim üzerinde yapılan bir çalışmada, iş stresinin olumsuz etkilerinin önlenmesinin iş doyumunu artırdığı ve bu süreçte de yönetsel önlemlerin kişisel düzeyde alınacak önlemlerden daha önemli olduğu saptanmıştır (14). Yapılan bir başka çalışmada da yönetim tarafından alınan önlemlerin çalışanların tükenmişlik

düzeylerinde azalmalara önemli ölçüde katkı sağladığı bulunmuştur (15). Bunun yanısıra, çalışanların akranlarından ve amirlerinden aldığı olumlu geribildirim ve sosyal destek tükenmişlik düzeyini azaltmaktadır (16).

Hekimler arasında tükenmişlik düzeyleri değişmektedir. Örneğin, İspanya'da 273 uzman ve pratisyen hekimin tükenmişlik düzeyini karşılaştıran bir çalışmanın sonuçlarına göre uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre daha yüksek tükenmişlik düzeyleri olduğu bulunmuştur. Bu durumdan araştırma grubunun yer aldığı sağlık sistemindeki değişiklikler sorumlu tutulmuştur (17).

Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli üzerinde tükenmişlik düzeyini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, 2004 yılında Ankara'nın bir ilçe sağlık grup başkanlığına bağlı olarak çalışan ve birinci basamak sağlık hizmeti veren 295 sağlık personeli bu kapsamda incelenmiştir. Araştırmada tükenmişlik düzeyinin alt kategorileri araştırılmıştır. Kadın personelin erkeklere göre duygusal tükenme puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, hekim ve diş hekimlerinin "duyarsızlaşma" alt başlığında tükenmişlik düzeyi yardımcı sağlık personeline göre daha yüksek bulunmuştur (18). Sivas il merkezi hastanelerinde çalışan 343 hemşire üzerinde yapılan başka bir çalışmada düşük ücret, vardiya çalışma, yoğun çalışma gibi özelliklerin hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini artırdığı saptanmıştır (19).

Tükenmişlik düzeyini akademik çalışanların konumları ve akademik yaşamdan beklentileri da belirleyebilmektedir. Bu konuda Çam tarafından akademik alanda çalışan 135 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin görev yaptıkları okullara göre aldıkları tükenmişlik puanlarının farklı olduğu bulunmuştur. Bu da gerçekte okulların çalışma koşullarının birbirinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmada, duygusal tükenmişlik düzeyinin en

yüksek doktora ünvanlarını almış olan araştırma görevlileri arasında olduğu saptanmıştır. Bu konumdaki araştırma görevlileri, akademik bir ünvan aldıklarında (yardımcı doçent) tükenmişlik düzeylerinde azalma olmuştur. Aynı çalışmada, kişisel başarı noksanlığı puanı akademik pozisyon yükseldikçe artmıştır (16).

Çalışma süresinin hekimlerin tükenmişlik düzeyini artırdığı bilinmektedir. Ay ve arkadaşları tarafından Manisa il merkezlerinde çalışan sağlık personeli arasında yapılan bir çalışma sonucunda sağlık ocağında 10 yıl ve üzerinde çalışmış olan bireylerin duygusal tükenme puanını olumsuz etkilediği bulunmuştur (20).

Hekimlerin tükenme düzeylerinin yüksek olmasının hastalar açısından da önemi bulunmaktadır. Hekimlerin “tükenmiş”; bir başka ifadeyle hastalar tarafından algılandığı biçimiyle “mutsuz”, “sağlıksız” olması, onların birincil derecede sorumlu oldukları “hastalar” ya da “hizmet almak için başvuranlar”ın ihtiyaçlarını yeterince karşılamamalarına neden olabilir. Bu nedenle hekimlerin sağlık açısından tam bir iyilik halinde olmaları için gerekli önlemlerin alınması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (7).

Bütün bu gerekçelere bağlı olarak bu çalışmada, Türk Tabipleri Birliği (TTB) aracılığı ile araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve ulaşılabilen Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışmakta olan bir grup hekimin tükenmişlik düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

2. AMAÇLAR

2.1. Kısa dönemli amaçlar:

TTB, uzmanlık dernekleri aracılığı ile araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve ulaşılabilen Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışan hekimlerin;

1. Sosyo-demografik bazı özelliklerinin saptanması (yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence tipi, vb)
2. Bazı çalışma özelliklerinin belirlenmesi (çalıştığı kurum, hekimlik yaptığı alan, ikinci bir işte çalışma durumu,vb)
3. Sağlık ile ilgili bazı davranışlarının belirlenmesi (sigara içme, alkollü bir içki tüketme, vb)
4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılarak “tükenmişlik” durumlarının belirlenmesi

2.2. Orta-uzun dönemli amaçlar:

1. Araştırmaya katılan hekimlerin tespit edilmiş sorunlarına yönelik olarak çözüm önerilerinin geliştirilmesi,
2. Konu ile ilgili bundan sonra yapılacak olan çalışmalara katkı sağlanması

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın evreni ve evreninin tanıtılması:

Bu araştırmanın evrenini TTB'ye (Tabip Odalarına) kayıtlı 83.176 hekim oluşturmuştur. TTB, bu sayıyı kendisine bağlı olan 56 tabip odasının kayıt listelerinden elde etmiştir. TTB, tabip odalarına bu araştırma ile ilgili bir bilgilendirme yazısı ile birlikte anket formları göndermiştir. Tabip odaları, uzmanlık dernekleri aracılığı ile araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlerin doldurduğu anket formları TTB'ye posta aracılığı ile geri gönderilmiştir. Sonuç olarak araştırmayı kabul eden ve TTB'ye geri dönen 1754 anket olmuştur. Bu anketlerin ise tamamı değerlendirmeye alınmıştır.

3.2. Araştırmanın tipi:

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın hipotezleri:

- Gelir düzeyi yüksek olan hekimlerin gelir düzeyi düşük olan hekimlere göre tükenmişlik düzeyi daha düşüktür.
- Meslekte geçirilen süre arttıkça tükenmişlik düzeyi azalmaktadır.
- Pratisyen hekimlerin tükenmişlik düzeyi uzman hekimlere göre daha yüksektir.
- Kendi ifadelerine göre sağlık sorunu olan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, sağlık sorunu olmayan hekimlere göre daha yüksektir.
- Hekimlik mesleği ile ilgili var olan sorunların çözülmesi konusunda olumlu görüş bildiren hekimlerin tükenmişlik düzeyleri aynı sorunların çözülebileceğini düşünmeyen

hekimlere göre daha düşüktür.

3.4. Araştırmanın değişkenleri:

a. Bağımsız değişkenleri:

Hekimlere ait sosyo-demografik bazı özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb)

Bazı sağlık davranışları (sigara, alkol tüketimi, vb)

Aylık gelir miktarı

İkinci bir işte çalışma durumu

Çalışılan şehir (metropol/ diğer)

Çalışılan kurum

Uzmanlık yapma durumu

b. Bağımlı değişken:

Hekimlerin tükenmişlik düzeyi (MTÖ değeri)

3.5. Araştırmanın veri kaynakları ve veri toplama biçimi:

TTB, tabip odalarına bu araştırma ile ilgili bir bilgilendirme yazısı ile birlikte anket formları göndermiştir (Ek 1). Anket formu toplam 23 sorudan oluşmuş ve sorular beş temel grup altında toplanmıştır:

- Sosyo-demografik bilgilere ilişkin sorular
- Meslek ile ilgili bilgiler
- Bazı alışkanlıklara ilişkin sorular
- Sağlık durumu ile ilgili sorular
- MTÖ soruları ve hekimlerin sorun olarak ortaya koydukları konulara getirdikleri çözüm önerileri

3.6. Araştırmayı uygulayanlar:

Araştırmada beş araştırmacı çalışmıştır. Bu araştırmacılardan üç tanesi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıfta okuyan öğrenciler; diğer ikisi ise aynı üniversitenin tıp fakültesinde çalışan öğretim üyeleridir. Bir araştırmacı aynı zamanda TTB yönetim kurulu üyesidir.

3.7. Tanımlar ve kriterler

Araştırmada tükenmişlik düzeyi MTÖ kullanılarak belirlenmiştir. Bu ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (21). MTÖ, üç alt ölçekten ve 22 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler “duygusal tükenme (MTÖ-DT)”, “duyarsızlaşma (MTÖ-DYS)” ve “kişisel başarı (MTÖ-KB)” bölümleridir. Maddeler beş dereceli Likert tipi cevaplanan sorulardan oluşmaktadır.

Alt ölçek puanlarının hesaplanması:

Hiçbir zaman (0)

Çok nadir (1)

Bazen (2)

Çoğu zaman (3)

Her zaman (4)

MTÖ’nde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutları ile ilgili sorular olumsuz; kişisel başarı boyutu ile ilgili sorular olumlu ifadelerden oluşmaktadır. **Bu nedenle, MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanlarının yüksek; MTÖ-KB puanlarının düşük olması beklenmektedir. Bulgular bölümünde yer alan tablolarda altı çizilmiş olan MTÖ değerleri “tükenme” düzeyini göstermektedir.**

Değerlendirmeler sırasında alınan MTÖ alt kategori puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır. Bunun nedeni

Türkiye’de yapılan araştırmalar için kesim noktalarının belirlenmemiş olmasıdır (16).

İki bağımsız ortalama arasındaki farkın karşılaştırılması için “student t testi (bağımsız iki ortalama arasındaki fark testi)” kullanılmıştır. Bu hesaplamalar sırasında “levne testi” ile elde edilen “p” değeri 0.05 değerinden büyük ise varyansların eşit (homojen) olduğu sonucuna varılmış ve bu bağlamdaki sonuçlar değerlendirilmeye alınmıştır. Benzer şekilde elde edilen “p” değeri 0.05’den küçük ise bu kez “eşit olmayan” sonuçlar değerlendirilmeye alınmıştır. İkidenden fazla grup ortalamalarının karşılaştırılması için “tek yönlü varyans analizi—ANOVA” testi kullanılmıştır (22,23).

3.8.Araştırmanın zaman çizelgesi:

Araştırma konusuna, literatür bilgilerinin araştırmasına ve anket çalışmasına 2003 yılının Ağustos ayında başlanmıştır. Anket çalışması 2004 yılının başlarında tamamlanmıştır. TTB tarafından yapılmış olan çağrı bu dönemde başlamış ve anketlerin geri dönüşü Ekim 2004 tarihine kadar sürmüştür. Bu tarihten sonraki iki ay içinde veri girişi tamamlanmış; analizler yapılmış ve rapor yazımı başlamıştır.

Rapor yazımı Şubat-Ağustos 2005 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.9.Araştırma verilerinin değerlendirilmesi:

Veri girişi ve analizinde SPSS (12.0) istatistiksel paket programı kullanılmıştır.

3.10.Etik konular:

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır. Anket formlarına isim yazılmamıştır. Toplanan bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı anket formu üzerinde belirtilmiştir (Ek1).

3.11.İzin:

Araştırmanın yapılabilmesi için TTB yönetim kurulundan onay alınmıştır (Ek 2). Araştırma raporu ilgili birimlere gönderilmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın bulgular bölümünde hekimlerin “sosyo-demografik özellikleri”, “meslek ile ilgili bazı bilgileri”, “bazı alışkanlıkları ve sağlık durumları ile ilgili bilgiler” ve “tükenmişlik düzeyleri ile ilgili bilgiler yer almıştır.

Tablo 1. Hekimlerin sosyo-demografik bazı özellikleri

Özellik	Sayı	%
Cinsiyet (n=1750)		
Erkek	1168	66.7
Kadın	582	33.3
Medeni Durum (n=1750)		
Evli	1367	78.1
Bekâr	305	17.4
Eşinden boşanmış, eşi ölmüş	78	4.5
Yaş Grupları (n=1722)		
25-34	479	27.8
35-44	858	49.8
45-54	286	16.7
55-64	93	5.4
65 ve üzeri	6	0.3
Ortalama:39.4± 7.9	Ortanca:38	Üst değer:82
Sağlık Güvencesi (n=1741)		
Yok	3	0.2
Var	1738	99.8
Emekli Sandığı	1605	92.3
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	115	6.6
Özel sigorta, üniversite, kurum, mediko	11	0.7
Bağ-kur	7	0.4

Araştırmaya katılan hekimlerin %66.7'si erkek; % 33.3'ü ise kadındır. Katılımcıların %78.1'inin evli olduğu saptanmıştır. Hekimlerin yaş ortalaması 39.4 ± 7.9 olarak bulunmuştur. Grubun %49.8'i 35-44 yaş grubu arasında yer almaktadır. Grubun büyük bir çoğunluğunun (%99.8) herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. “Emekli Sandığı” en sık olarak belirtilen sağlık güvencesi türü olmuştur (%92.3) (Tablo 1).

Tablo 2. Hekimlerin Çalışma Durumları ile İlgili Bazı Özellikler

Özellik	Sayı	%
Meslek Grubu (n=1728)		
Pratisyen	921	53.3
Uzman	807	46.7
Meslekte Çalışma Süresi (yıl) (n=1693)		
0-4	107	6.3
5-9	340	20.1
10-14	481	28.4
15-19	372	22.0
20-24	189	11.2
25 ve üzeri	204	12.0
Ortalama:13.06±7.8 Ortanca:12 Alt değer:1 Üst değer:50		
Hekimlerin Çalışma Saati (günde) (n=998)		
0-8	460	46.1
9-16	512	51.3
17 ve üzeri	26	2.6
Ortalama:9.38±2.4 Ortanca:9 Alt değer:1 Üst değer:18		
Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlar (n=1756)*		
Devlet Hastanesi	514	29.3
Sağlık Ocağı	480	27.4
Üniversite Hastanesi	263	15.0
SSK Hastanesi	191	10.9
Bakanlık/Sağlık Grup Başkanlığı/112 Acil/Sağlık Müdürlüğü/ Dispanser/Revir/Sağlık Eğitim Merkezi	106	6.1
Kurum Hekimliği/Medikosozyal/Fabrika/İşyeri Sağlık Birimi/ Doğum ve Çocuk Bakımevi	80	4.6
Vakıf/Belediye/Estetik Merkezi/Hastane/Özel	53	3.0
AÇS-AP	29	1.7
Özel Poliklinik	22	1.3
Özel Hastane	18	1.0
Başka İşte Çalışma Durumu (n=1735)		
Çalışmıyor	1025	59.1
Çalışıyor	710	40.9
<i>Nöbetçi hekimlik/özel çalışma</i>	327	55.6
<i>İşyeri hekimliği</i>	241	41.0
<i>Laboratuvar sorumlusu</i>	12	2.0
<i>Çiftçilik</i>	3	0.5
<i>Müzişyenlik</i>	3	0.5
<i>Eğitmenlik</i>	1	0.2
<i>İnternet danışmanlığı</i>	1	0.2
Başka İşte Çalışma Nedeni (n=588)		
Ek gelir elde etmek	366	94.1
Daha yüksek hayat standardı	7	1.8
Mesleki tatmin	4	1.0
Ekonomik kriz	3	0.8
Gönüllü	3	0.8
Ortak olduğum için	3	0.8
Harcamalar için	2	0.5
Pratik için	1	0.3

*İki hekim birden fazla kurum belirtmiştir. Bu nedenle yüzdeler 1756 üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin %53'ünün pratisyen; %46.7'sinin ise uzman hekim olduğu saptanmıştır. Hekimlerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde çalışma yılı ortalaması $13.06 \pm 7.8'$ dir. Hekimler günde ortalama 9.38 ± 2.35 saat çalıştıklarını ifade etmişlerdir. On yedi saat ve üzerinde çalıştığını ifade eden hekimleri toplam içindeki payları %2.6'dır (26 kişi). Araştırmaya katılan hekimler en fazla "Devlet Hastanesi"nde çalıştıklarını ifade etmişlerdir (%29.3). Sık olarak belirtilen diğer kurumlar "Sağlık Ocağı (%27.4)", "Üniversite Hastanesi (%15.0)" ve "SSK Hastanesidir (%15.0)". Hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%40.9) ikinci bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. Sıklıkla ifade edilen ikinci işler arasında "nöbetçi hekimlik, özel çalışma (%55.6)", "işyeri hekimliği (%41.0)" olmuştur. Başka işte çalışma nedenleri arasında ise en sık "ek gelir elde etmek (%94.1)" olmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Ayda Kazandıkları Para Miktarı (Milyar TL)

Özellik	Sayı	%
Ayda kazanılan toplam ücret (milyar TL) (n=1660)		
< 1	292	17.6
1-2	1069	64.4
3-4	235	14.2
=> 5	64	3.8
Ortalama:1.96±1.6 Ortanca:1.5 Alt değer:0.72 Üst değer:29		
Ayda ikinci çalışılan işten kazanılan toplam ücret (milyar TL) (n=630)		
< 1	268	42.5
1-2	306	48.6
3-4	40	6.3
=> 5	16	2.6
Ortalama:1.37±1.7 Ortanca:1 Alt değer:0.90 Üst değer:24		

Araştırmaya katılan hekimler ayda ortalama 1.96±1.63 milyar TL kazandıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin çoğunluğu (%64.4) ayda 1-2 milyar TL arasında kazandıklarını belirtmişlerdir. Grubun %3.8'i (64 kişi) ayda beş milyar TL ve üzerinde para kazanmaktadır. İkinci bir işte çalışan 630 hekimin ayda kazandıkları ortalama ücret 1.37±1.7'dir. İkinci bir işte çalıştıklarını ifade eden hekimlerin %42.5'i bir milyar TL'nin altında; %48.6'sı ise 1-2 milyar TL kazandıkları saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Hekimlerin Sigara İçme ve Alkollü Bir İçecek Tüketme Durumları

Özellik	Sayı	%
<u>Sigara İçme Durumu</u> (n=1730)		
Halen içiyor	599	34.6
Bıraktı	415	24.0
Hiç içmedi	716	41.4
<u>Günde içilen sigara adedi</u> (n=578)		
1-9	144	24.9
10-19	157	27.2
=>20	277	47.9
Ortalama:15.98±10.3	Alt değer:1	Üst değer:60
Ortanca:15		
<u>Sigaraya başlama yaşı (yıl)</u> (n=977)		
<20	388	39.7
20-29	544	55.7
30-39	39	4.0
=>40	6	0.6
Ortalama:20.72±4.4	Ortanca:20	Alt değer:9
Üst değer:45		
<u>Alkollü Bir İçecek Tüketme Durumu</u> (n=1732)		
Hiç	402	23.2
Ara sıra	1165	67.3
Sürekli	75	4.3
Eskiden içtim, bıraktım	90	5.2

Hekimlerin yaklaşık üçte biri sigara içtiğini ifade etmişlerdir (%34.6). Sigara içen hekimlerin %47.9'u bir paket ve üzerinde sigara içtiklerini belirtmişlerdir (277 kişi). Günde ortalama içilen sigara sayısı 15.98±10.3'tür. Araştırmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası (%55.7) 20-29 yaş arasında sigaraya başlamışlardır. Sigaraya başlama yaşı ortalama 20.72±4.4'tür. Grubun büyük bir çoğunluğu (%67.3) ara sıra alkollü bir içecek tükettiğini; %23.2'si ise hiç alkol almadığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Tanı Konulmuş Hastalıkları Olma Durumu

Hastalık	Sayı	%
Yok	1223	70.4
Var*	514	29.6
Toplam	1737	100.0
En sık belirtilen hastalıklar*		
<i>Kardiyovasküler sistem</i>	143	27.8
<i>Gastrointestinal sistem</i>	53	10.3
<i>Endokrinoloji</i>	49	9.5
<i>Nöroloji</i>	44	8.6
<i>Göğüs hastalıkları</i>	30	5.8
<i>Ruhsal sorunlar</i>	25	4.9

* En sık ifade edilen ilk beş hastalık belirtilmiştir. Yüzdeler hastalık belirten 514 kişi üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan 514 hekim (%29.6) tanı konulmuş bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir. En sık olarak belirtilen tanı konulmuş hastalıklar “kardiyovasküler hastalıklar (%27.8)”, “gastro-intestinal sistem hastalıkları (%10.3)”, “endokrinoloji ile ilgili sorunlar (%9.5)”, “nörolojik problemler (%8.6)”, “göğüs hastalıkları (%5.8)” ve “ruhsal sorunlar (%4.9)” olmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Hekimlerin Tükenmişlik Puanları

Kategori	Ortalama±ss	Ortanca	Alt-üst değer
MTÖ-DT (n=1651)	15.48±6.70	16	0-36.0
MTÖ-DYS (n=1679)	5.51±3.51	5	0-20.0
MTÖ-KB (n=1620)	22.06±4.05	22	0-32.0

Araştırmaya katılan hekimlerin MTÖ’den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama MTÖ-DT puanı 15.48±6.70; MTÖ-DYS puanı 5.51±3.51 ve MTÖ-KB puanı 22.06±4.05 olmuştur (Tablo 6).

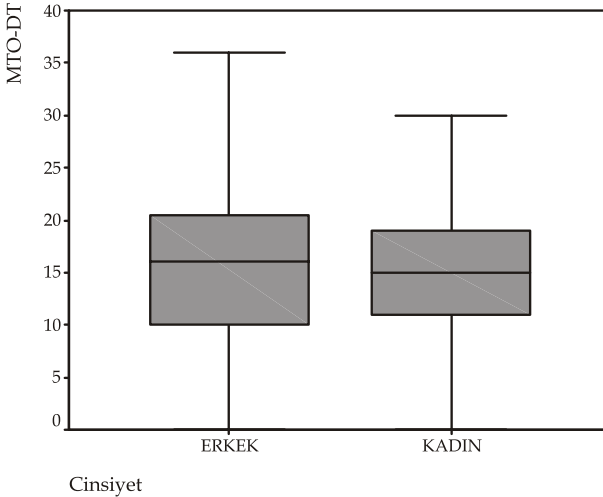
Tablo 7. Hekimlerin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

Kategori	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Cinsiyet			
Erkek	<u>15.54±7.00</u>	<u>5.65±3.60</u>	22.29±4.09
Kadın	15.38±6.09	5.21±3.29	<u>21.58±3.92</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	0.467	2.50	3.32
p	0.640	0.012	0.001
Medeni Durum			
Evli	<u>15.61±6.65</u>	5.42±3.48	22.17±3.97
Bekar	15.31±6.67	<u>5.96±3.53</u>	<u>21.30±4.37</u>
Eşinden ayrılmış, eşi ölmüş	14.18±7.69	5.23±3.74	22,92±3.74
p (Tek Yönlü Anova/Bonferoni)	0.190	0.046	0.001
Yaş grupları			
25-34	15.74±6.34	<u>6.11±3.45</u>	<u>20.89±4.26</u>
35-44	<u>15.94±6.65</u>	5.56±3.47	22.14±3.70
45-54	14.56±6.94	4.83±3.47	23.28±4.02
55 ve üzeri	12.30±7.00	3.70±3.18	24.19±3.86
p (Tek Yönlü Anova/Bonferoni)	<0.001	<0.001	<0.001
Meslek Grubu			
Pratisyen	15.14±6.66	<u>5.53±3.56</u>	<u>21.95±4.23</u>
Uzman	<u>15.78±6.73</u>	5.48±3.43	22.18±3.83
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-1.946	0.251	-1.16
p	0.052	0.80	0.25

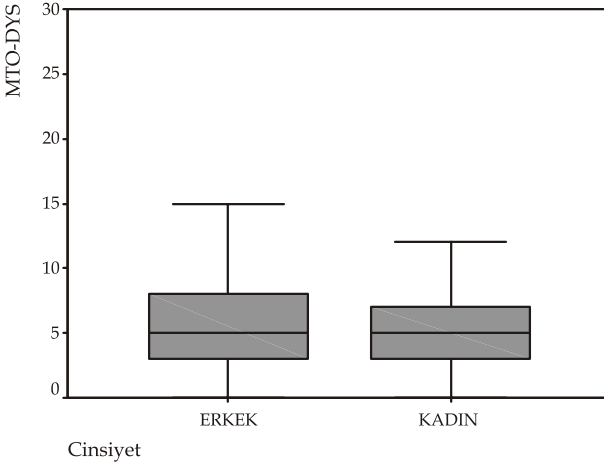
Araştırmaya katılan erkek hekimler duyarsızlaşma açısından kadınlara göre daha tükenmiş durumdadırlar ($p=0.012$). Kadın hekimlerin kişisel başarı açısından erkeklere göre daha tükenmiş durumda oldukları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$). “Evli” hekimlerin aldıkları duygusal tükenme puanı ortalaması “bekar” ve “eşinden ayrılmış/eşi ölmüş” olan hekimlerin aldığı puan ortalamasından daha yüksektir. Medeni durum ile duygusal puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.190$). “Duyarsızlaşma” puanı ise bekarlar arasında diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0.046$). Kişisel başarı

puan ortalaması en düşük yine bekarlar arasındadır ($p=0.001$). Araştırmada katılımcıların yaş gruplarına göre aldıkları tükenmişlik puanları da incelenmiştir. En yüksek “duygusal” tükenme puanı ortalamasını 35-44 yaş grubu hekimler almıştır ($p<0.001$). Yaş arttıkça “duyarsızlaşma” puanı azalmaktadır. “Duyarsızlaşma” kategorisinde en yüksek puan ortalaması “25-34 yaş grubu” hekimlerindir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Pratisyen hekimlerin aldıkları “duygusal” tükenme puan ortalaması uzman hekimlere göre daha düşük; “duyarsızlaşma” puanı ise daha yüksektir. Pratisyen hekimlerin aldıkları “kişisel başarı” puan ortalaması da uzman hekimlerin aldıkları puan ortalamasından düşüktür. Hekimlerin “pratisyen” ya da “uzman” olma durumları ile her üç alt kategori için aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

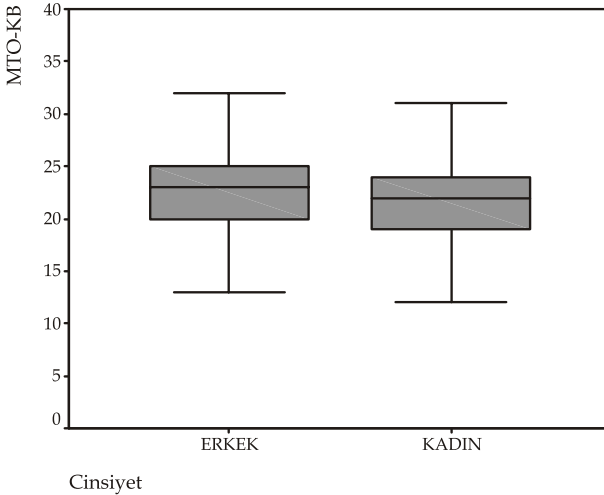
Şekil 1. Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



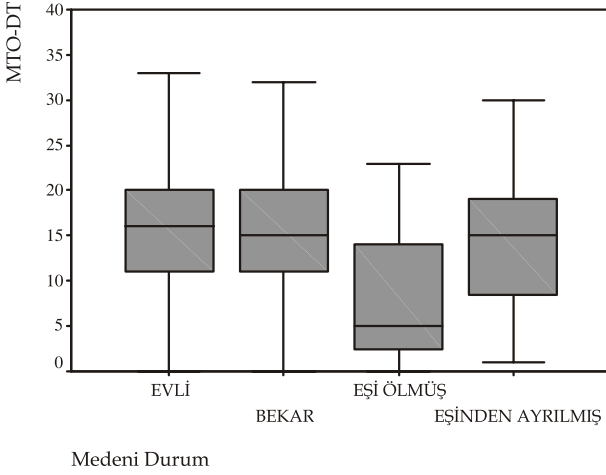
Şekil 2. Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



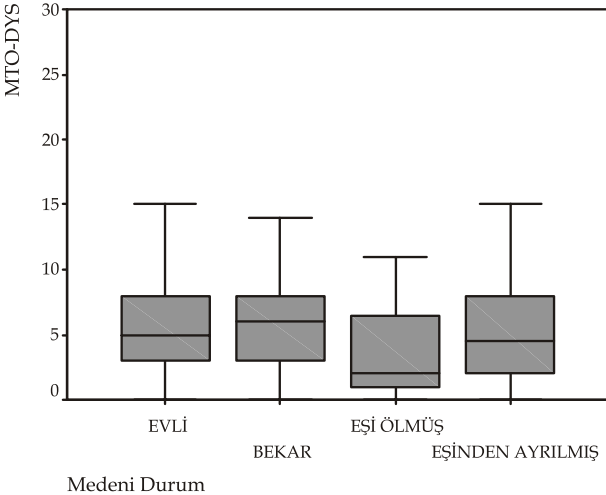
Şekil 3. Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları



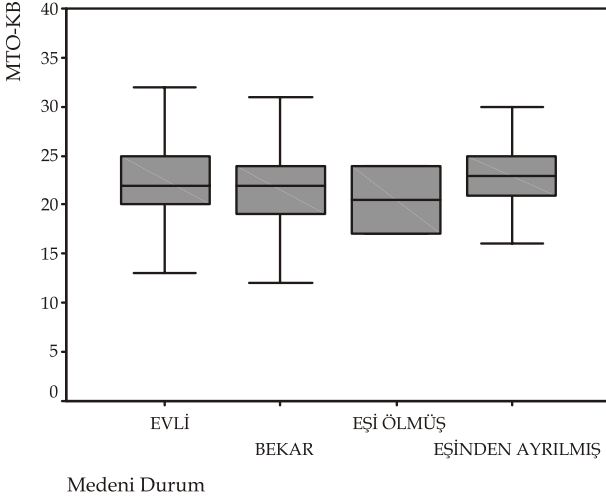
Şekil 4. Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



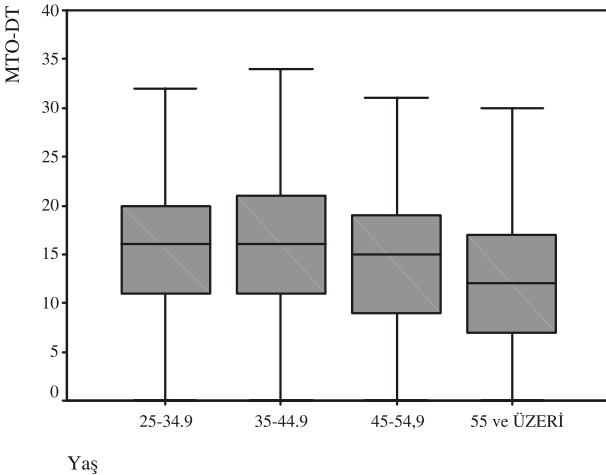
Şekil 5. Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



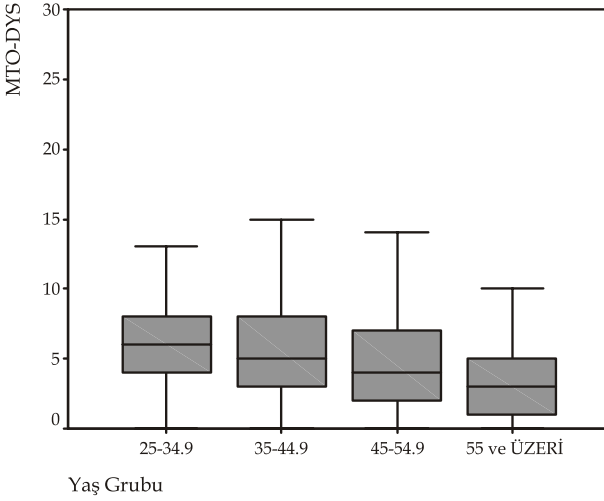
Şekil 6. Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları



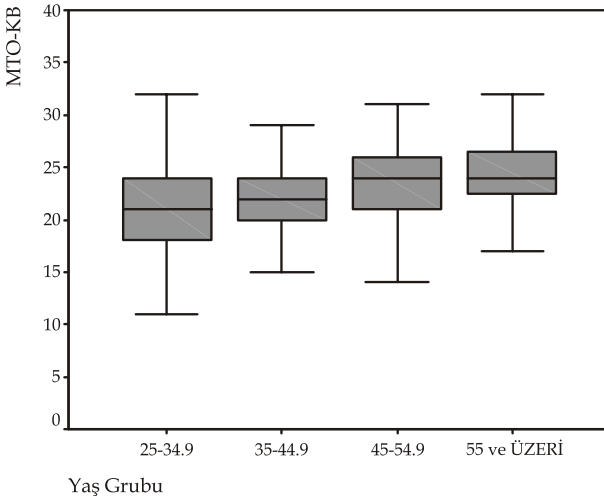
Şekil 7. Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



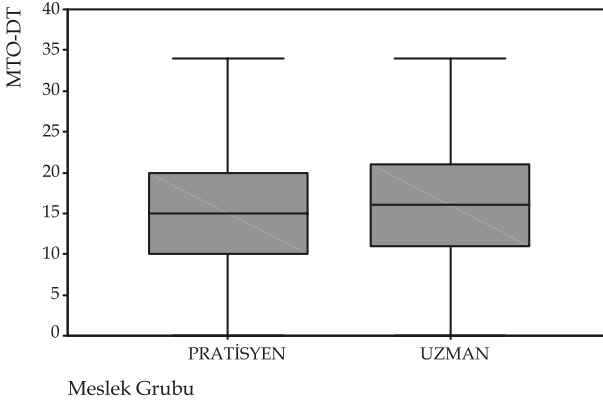
Şekil 8. Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



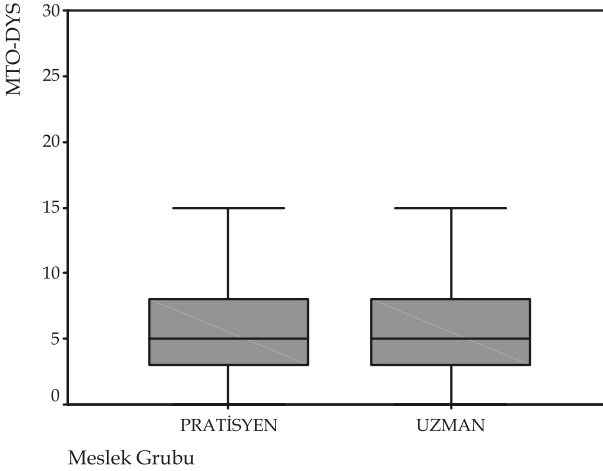
Şekil 9. Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları

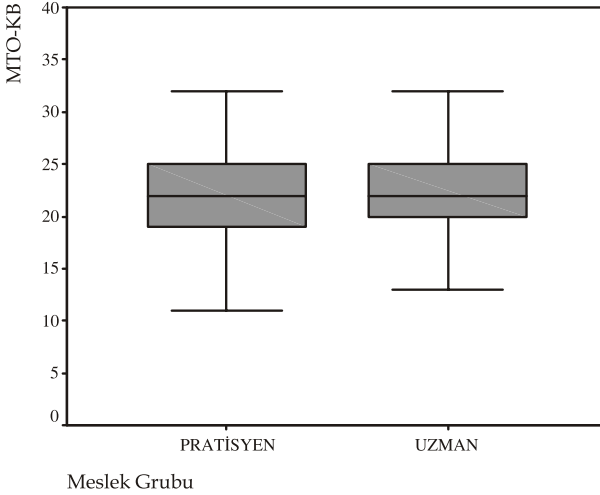


Şekil 10. Hekimlerin Meslek Gruplarına Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



Şekil 11. Hekimlerin Meslek Gruplarına Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları

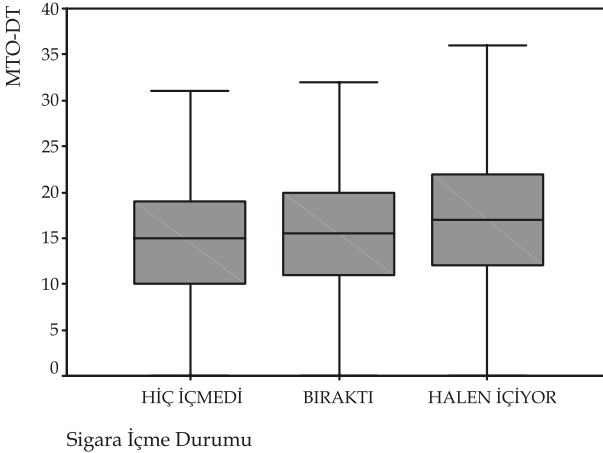


Şekil 12. Hekimlerin Meslek Gruplarına Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları**Tablo 8.** Hekimlerin Sigara İçme ve Alkollü Bir İçecek Tüketme Durumları ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

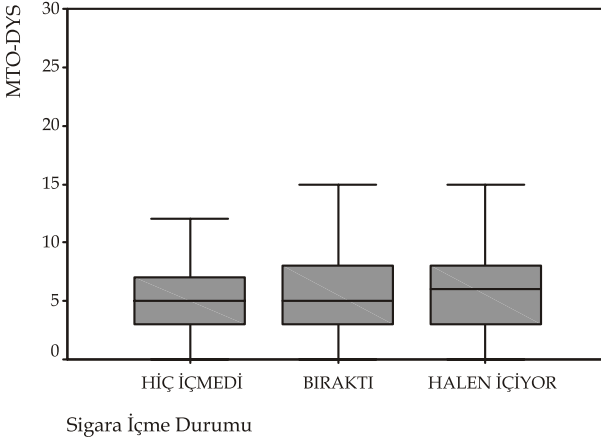
Kategori	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Sigara İçme Durumu			
Halen içiyor	14.55±6.40	5.19±3.32	22.35±3.81
Bıraktı	15.19±6.73	5.46±3.63	22.22±3.91
Hiç içmedi	<u>16.91±6.86</u>	<u>5.96±3.62</u>	<u>21.64±4.34</u>
p (Tek Yönlü Anova/ Bonferoni)	<0.001	0.001	0.007
Alkollü Bir İçecek Tüketme Durumu			
Sürekli içer	<u>17.87±6.43</u>	<u>6.54±3.76</u>	<u>21.30±3.79</u>
Ara sıra içer	15.64±6.69	5.54±3.52	22.13±4.06
Eskiden içmiş, şu an içmiyor	14.99±6.59	5.59±3.83	22.28±4.51
Hiç içmedi	14.84±6.73	5.23±3.33	22.01±3.89
p (Tek Yönlü Anova/ Bonferoni)	0.004	0.033	0.393

Hiç sigara içmediğini ifade eden hekimlerin aldıkları “MTÖ-DT” ve “MTÖ-DYS” puan ortalamaları “halen sigara içen” ve “sigarayı bırakmış” hekimlerin aldığı ortalamalardan daha yüksek bulunmuştur. Her iki kategori için değişkenler arası ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır (MTÖ-DT $p < 0.001$; MTÖ-DYS $p = 0.001$). “Hiç sigara içmeyen” hekimler “kişisel başarı” açısından “halen sigara içen” ve “sigara içmeyi bırakmış” olan hekimlere göre daha düşük puan ortalamasına sahiptirler ($p = 0.007$). Sürekli olarak alkollü bir içecek içtiğini ifade eden hekimlerin “MTÖ-DT” ve “MTÖ-DYS” puanları ara sıra içen, eskiden içmiş olan ve hiç içmeyen hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Her iki kategori için değişkenler arası ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır (MTÖ-DT $p = 0.004$; MTÖ-DYS $p = 0.033$) (Tablo 8).

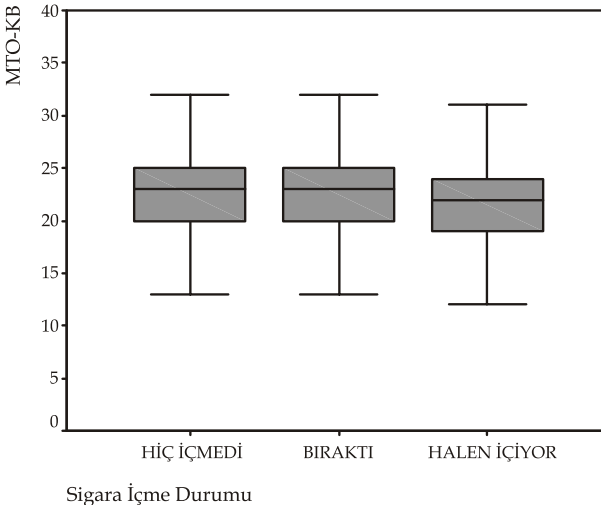
Şekil 13. Hekimlerin Sigara İçme Durumlarına Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



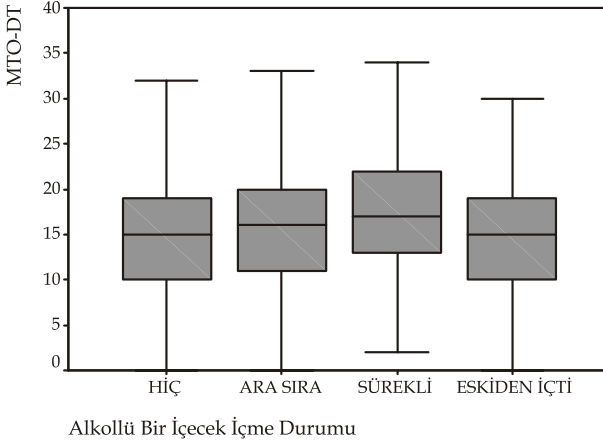
Şekil 14. Hekimlerin Sigara İçme Durumlarına Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



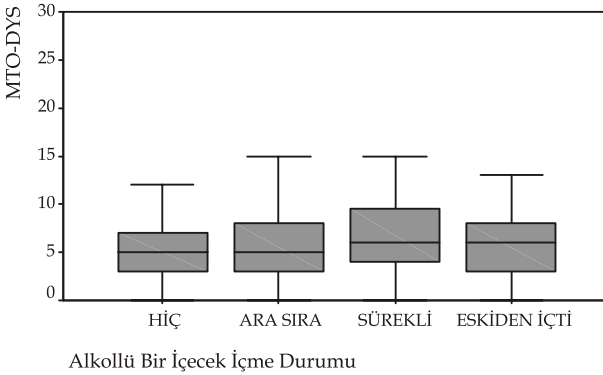
Şekil 15. Hekimlerin Sigara İçme Durumlarına Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları



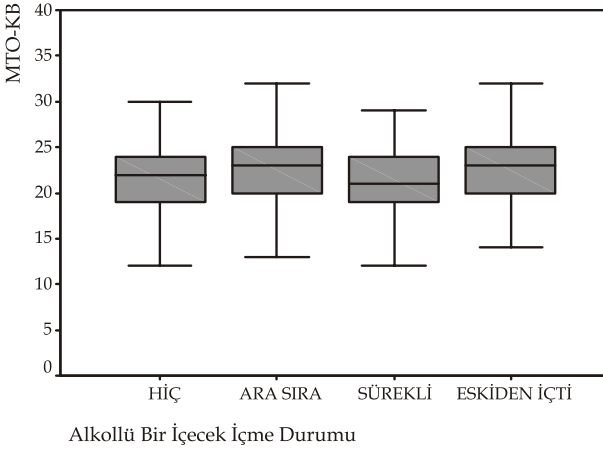
Şekil 16. Hekimlerin Alkollü Bir İçecek İçme Durumlarına Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



Şekil 17. Hekimlerin Alkollü Bir İçecek İçme Durumlarına Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



Şekil 18. Hekimlerin Alkollü Bir İçecek İçme Durumlarına Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları

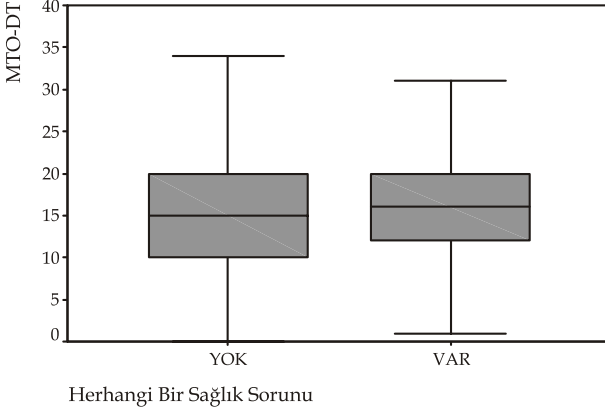


Tablo 9. Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumları ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

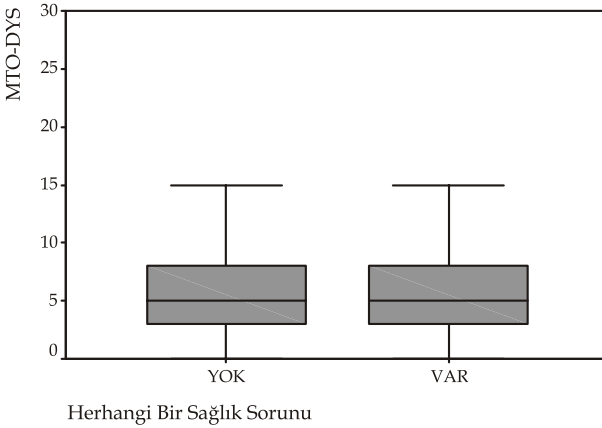
Kategori	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Hastalık			
Yok	15.28±6.75	5.49±3.46	21.87±4.06
Var	<u>15.99±6.64</u>	<u>5.56±3.64</u>	<u>22.49±4.02</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-1.97	-0.311	-2.822
p	0.049	0.756	0.005

Herhangi bir hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerin “MTÖ-DT” ve “MTÖ-KB” açısından tükenme düzeyleri herhangi bir hastalığı olmadığını belirten hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0.049$; $p=0.005$) (Tablo 9).

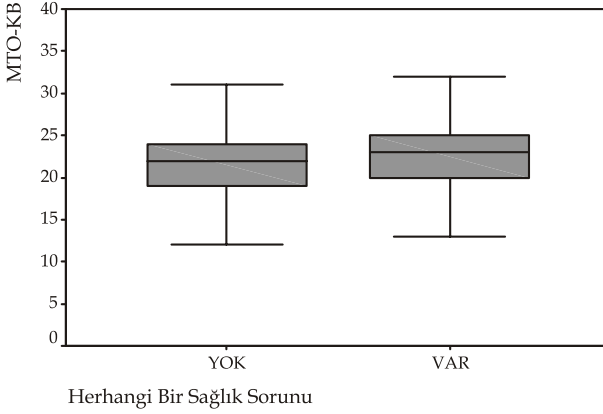
Şekil 19. Hekimlerin Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olma Durumlarına Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



Şekil 20. Hekimlerin Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olma Durumlarına Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



Şekil 21. Hekimlerin Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olma Durumlarına Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları



Tablo 10. Hekimlerin Bazı Çalışma Koşulları ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

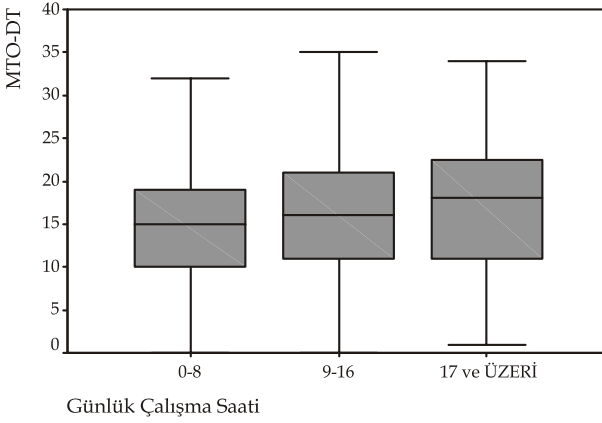
Kategori	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Hekimlerin Çalışma Saati (günde)			
0-8	14.85±6.48	5.39±3.53	<u>21.68±4.02</u>
9-16	15.99±6.83	5.59±3.36	22.41±3.99
17 ve üzeri	<u>16.74±8.20</u>	<u>5.80±4.09</u>	23.39±3.82
p (Tek Yönlü Anova/Bonferoni)	0.002	0.444	<0.001
Meslekte Çalışma Süresi (yıl)			
0-4	15.07±6.24	6.09±3.54	<u>20.32±3.94</u>
5-9	16.19±6.50	<u>6.16±3.49</u>	21.16±4.35
10-14	<u>16.40±6.64</u>	5.82±3.50	21.63±3.76
15-19	15.18±6.39	5.26±3.28	22.31±3.94
20-24	13.76±6.51	4.69±3.29	23.38±3.61
25 ve üzeri	14.43±7.51	4.29±3.48	23.77±3.69
p (Tek Yönlü Anova/Bonferoni)	<0.001	<0.001	<0.001
Başka İşte Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	15.25±6.65	5.48±3.47	<u>21.77±4.06</u>
Çalışıyor	<u>15.77±6.79</u>	<u>5.57±3.58</u>	22.48±4.00
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-1.55	-0.525	-3.454
p	0.121	0.6	0.001

Araştırmaya katılan hekimlerin günlük çalışma saatleri ile tükenmişlik durumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; çalışma saati arttıkça “duygusal” ve “duyarsızlaşma” tükenme puanlarının arttığı saptanmıştır. Çalışma saati ile “duygusal” tükenme puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.002$). Çalışma saatlerini “sekiz saat ve altında” olarak belirten hekimlerin “kişisel başarı” puanları daha düşüktür ($p<0.001$).

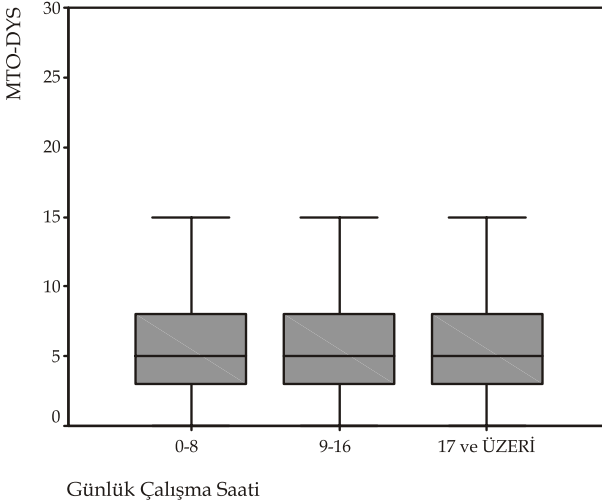
Hekimlerin yıl olarak çalışma süreleri ile tükenme durumları arasındaki ilişki incelenmiştir. “Duygusal tükenme” kategorisinde en yüksek puan ortalamasını “10-14” yıldır çalışan hekimler almıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Çalışma süresi “5-9 yıl” olan hekimlerin “duyarsızlaşma tükenme” puan ortalaması diğer gruplardan yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Meslekte çalışma süresi en az olan grup (0-4 yıl) kişisel başarı açısından en düşük puanı almıştır ($p<0.001$).

Başka işte çalıştığını ifade eden hekimlerin “MTÖ-DT” ve “MTÖ-DYS” kategorilerinden aldıkları tükenmişlik puan ortalamaları başka işte çalışmadığını ifade eden hekimlere göre daha yüksektir. Her iki kategori için bu ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Çalışmayan hekimler, çalışan hekimlere göre daha düşük “kişisel başarı” puan ortalamasına sahiplerdir ($p=0.001$) (Tablo 10).

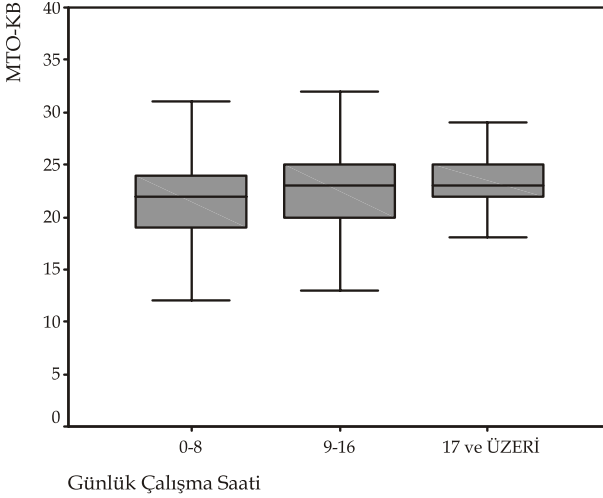
Şekil 22. Hekimlerin Günlük Çalışma Saatlerine Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



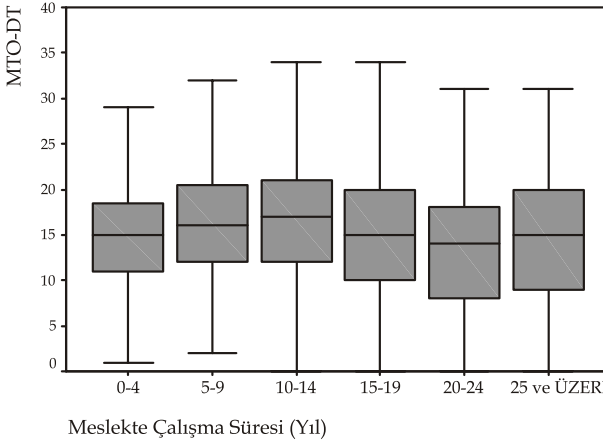
Şekil 23. Hekimlerin Günlük Çalışma Saatlerine Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



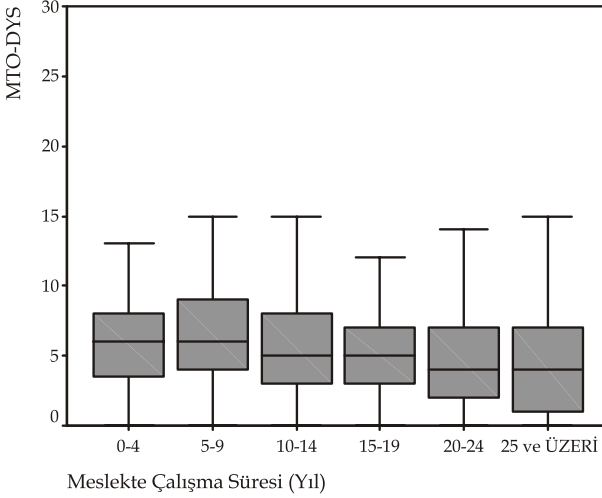
Şekil 24. Hekimlerin Günlük Çalışma Saatlerine Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları



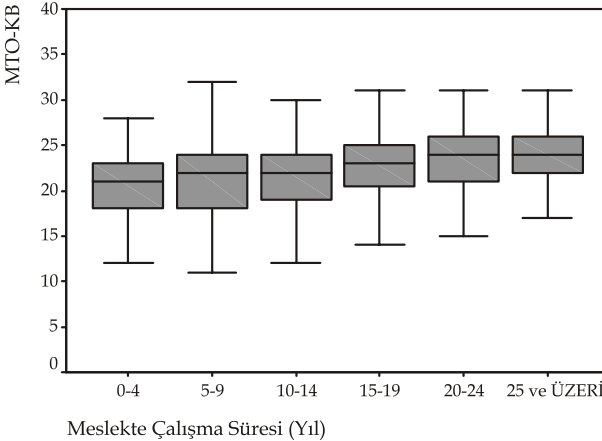
Şekil 25. Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre (yıl) Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



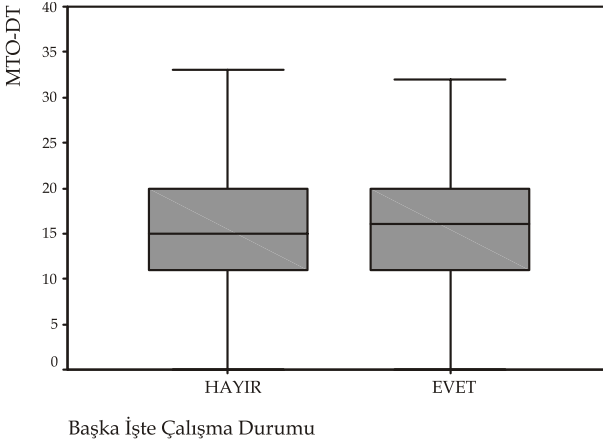
Şekil 26. Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre (yıl) Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



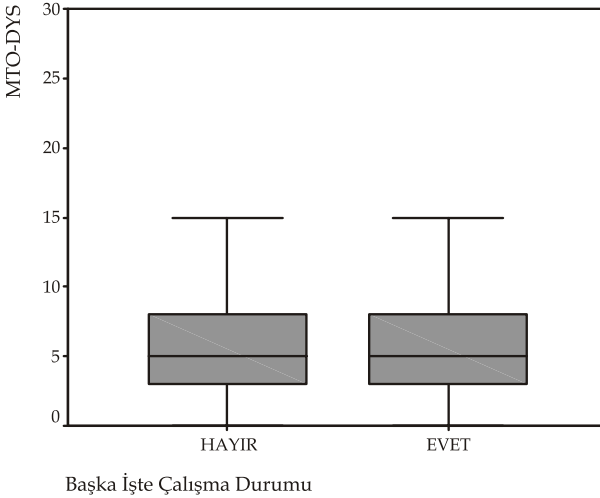
Şekil 27. Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre (yıl) Aldıkları Kişisel Başarı Puanları

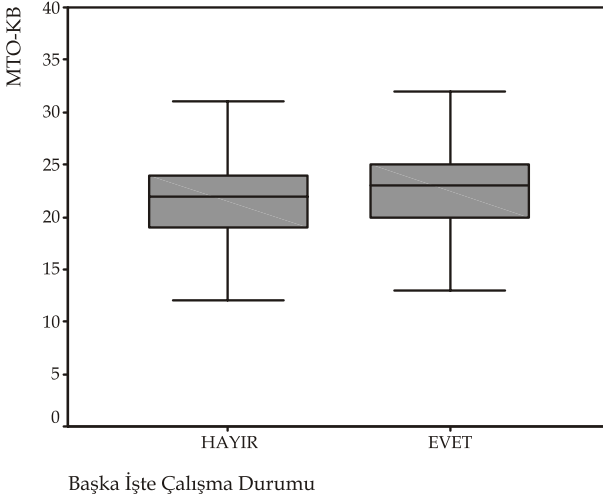


Şekil 28. Hekimlerin Başka İşte Çalışma Durumlarına Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



Şekil 29. Hekimlerin Başka İşte Çalışma Durumlarına Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



Şekil 30. Hekimlerin Başka İşte Çalışma Durumlarına Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları**Tablo 11.** Hekimlerin Çalıştıkları Yer ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

Çalışılan Kurum/kuruluş	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Sağlık Ocağı			
Evet	15.38(±6.37)	5.74(±3.54)	21.83(±4.24)
Hayır	15.53(±6.83)	5.43(±3.49)	22.14(±3.97)
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	0.467	1.607	-1.376
p	0.640	0.108	0.169
AÇS-AP			
Evet	15.26(±5.97)	5.14(±2.55)	20.52(±4.03)
Hayır	15.49(±6.72)	5.51(±3.52)	22.08(±4.05)
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-0.182	0.760	-1.921
p	0.855	0.453	0.055
SSK Hastanesi			
Evet	16.43(±7.04)	5.73(±3.66)	22.35(±4.11)
Hayır	15.16(±6.56)	5.43(±3.45)	21.96(±4.03)

t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	3.287	1.607	-1.376
p	0.001	0.125	0.087
Devlet Hastanesi			
Evet	15.22(±6.17)	5.48(±3.06)	<u>21.44(±3.86)</u>
Hayır	<u>15.50(±6.73)</u>	<u>5.51(±3.52)</u>	22.08(±4.06)
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-0.274	-0.060	-1.01
p	0.784	0.953	0.292
Üniversite Hastanesi			
Evet	14.58(±6.33)	4.99(±3.33)	22.14(±3.90)
Hayır	<u>15.66(±6.77)</u>	<u>5.60(±3.53)</u>	<u>22.04(±4.08)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-	-	-
p	0.019	0.011	0.745
Özel Hastane			
Evet	<u>15.65(±8.26)</u>	4.29(±3.37)	21.93(±3.22)
Hayır	15.50(±6.69)	<u>5.52(±3.51)</u>	<u>22.06(±4.06)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	0.095	-1.435	-0.125
p	0.924	0.151	0.901
Özel poliklinik			
Evet	10.90(±6.54)	4.68(±3.33)	22.59(±5.02)
Hayır	<u>15.56(±6.69)</u>	<u>5.52(±3.51)</u>	<u>22.06(±4.04)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-3.163	-1.113	0.615
p	0.002	0.266	0.538
Kurum Hekimliği			
Evet	14.32(±6.52)	4.76(±3.45)	22.76(±4.11)
Hayır	<u>15.55(±6.72)</u>	<u>5.55(±3.51)</u>	<u>22.03(±4.05)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-1.567	-1.946	1.544
p	0.117	0.052	0.123
Bakanlık/Sağlık Grup Başkanlığı			
Evet	15.00(±6.95)	4.88(±3.14)	22.20(±3.36)
Hayır	<u>15.53(±6.69)</u>	<u>5.56(±3.53)</u>	<u>22.05(±4.09)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-0.774	-1.909	0.336
p	0.439	0.056	0.69
Vakıf-Belediye Hastanesi			
Evet	13.36(±6.82)	4.47(±3.48)	22.10(±4.04)
Hayır	<u>15.56(±6.69)</u>	<u>5.54(±3.51)</u>	<u>22.06(±4.05)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-2.212	-2.107	0.066
p	0.027	0.035	0.948

SSK hastanesinde çalışan hekimlerin aldıkları “MTÖ-DT” puanları SSK hastanesinde çalışmayan hekimlerin aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (MTÖ-DT $p=0.001$).

Üniversite hastanesinde çalışmayan hekimler “MTÖ-DT” ve “MTÖ-DYS” açısından üniversitede çalışan hekimlere göre daha yüksek bir tükenmişlik puanı almışlardır (MTÖ-DT $p=0.019$; MTÖ-DYS $p=0.001$).

Özel poliklinikte çalışmadığını ifade eden hekimler özel poliklinikte çalıştığını ifade eden hekimlere göre duygusal tükenme açısından daha yüksek bir puan almışlardır (MTÖ-DT $p=0.002$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hekimlerin Var Olan Sorunların Çözümleri Olma Durumları ile İlgili Görüşleri

Sorunlara çözüm	Sayı	%
Üretilemez	99	5.8
Üretilbilir	1619	94.2
Toplam	1718	100.0
Çözümlerin beklendiği kurum(lar)*		
Meslek örgütü	1457	90.4
Sağlık Bakanlığı	1270	78.8
Hekimlerin katkıları	1026	63.7
Üniversiteler	860	53.5

* En sık belirtilen ilk dört kurum belirtilmiştir. Yüzdeler çözüm üretilebileceğini düşünen 1718 kişi üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%94.2) var olan hekim sorunlarına çözümler üretilebileceğini düşünmektedir. Çözüm beklenen yapılar arasında ilk sırayı meslek örgütü almıştır (%90.4). Sağlık Bakanlığı çözümlerin olduğuna inanan hekimlerin

%78.8'i tarafından çözüm üretebilecek olan ikinci en sık kurumdur. Hekimlerin katkıları (%63.7) ve üniversiteler (%53.5) bu soru için verilen diğer yanıtlardır (Tablo 12).

Tablo 13. Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu Konusunda Çözüm Üretebilmesi Konusunda Görüşleri ve Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Tükenmişlik Konusunda Çözüm Üretebilir			
Evet	15.22(±6.59)	5.37(±3.45)	22.21(±4.00)
Hayır	<u>19.96(±6.91)</u>	<u>7.65(±3.89)</u>	<u>19.70(±3.79)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	6.198	6.702	-5.864
p	<0.001	<0.001	<0.001
Çözüm Beklenen Kurum Meslek Örgütü			
Evet	<u>15.24(±6.52)</u>	<u>5.41(±3.40)</u>	22.26(±3.98)
Hayır	14.96(±7.33)	5.06(±3.85)	<u>21.62(±4.15)</u>
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	0.473	1.155	1.850
p	0.636	0.248	0.064
Çözüm Beklenen Kurum Sağlık Bakanlığı			
Evet	<u>15.48±6.62</u>	<u>5.47±3.43</u>	<u>22.15±4.08</u>
Hayır	14.22±6.42	5.02±3.48	22.39±3.68
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	3.055	2.119	-1.039
p	0.002	0.034	0.300
Çözüm Beklenen Kurum Üniversiteler			
Evet	15.08±6.48	5.3465±3.29	22.23±4.04
Hayır	15.37±6.74	5.4156±3.62	22.18±3.96
t (bağımsız iki ortalama arasındaki fark – t testi)	-0.866	-0.454	0.202
p	0.387	0.652	0.840

Tükenmişlik konusunda çözüm üretebileceğini düşünen hekimlerin “MTÖ-DT”, “MTÖ-DYS” ve “MTÖ-KB” kategorilerinde çözüm üretebileceğini düşünmeyen hekimlere göre daha tükenmiş

durumda oldukları saptanmıştır. Her üç kategori için de istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.001$).

Çözüm beklenen kurumun Sağlık Bakanlığı olduğunu ifade eden hekimlerin diğer hekimlere göre “MTÖ-DT”, ve “MTÖ-DYS” açısından daha tükenmiş oldukları saptanmıştır (Tablo 13).

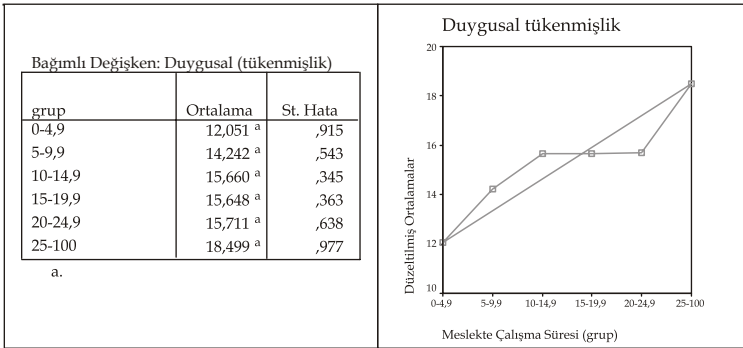
“Araştırmanın bundan sonraki bölümünde değişkenler arasındaki ilişkiler bazı düzeltmeler yapılarak tekrar incelenmiştir”

Araştırmada temel bir sosyo-demografik değişken olan yaşın bazı ilişkileri etkilediği düşünülmüştür. Bu nedenle yaşa göre düzeltme yapılarak meslekte çalışma süresi ve tükenme durumu arasındaki ilişki incelenmiştir.

Daha önce Tablo 10’da yer alan bilgilere göre duygusal tükenmişlik puanları, meslekte çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($F=6.07$; $p<0.001$). “Duygusal tükenme” kategorisinde en yüksek puan ortalamasını “10-14” yıldır çalışan hekimler almıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Yaşa göre düzeltme yapıldığında, meslekte çalışma süresi arttıkça duygusal tükenmişlik puanında bir artış saptanmıştır ($F=4.61$; $p<0.001$).

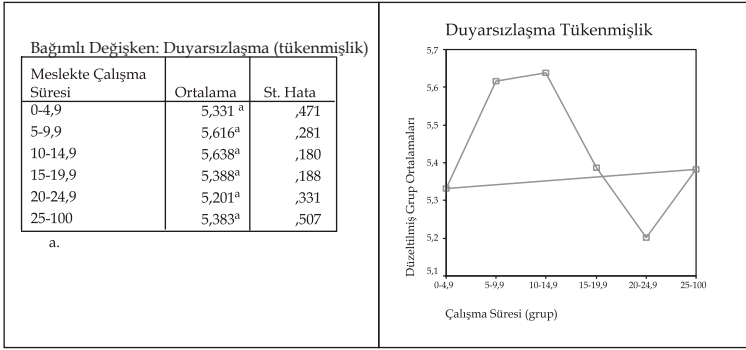
Şekil 31. Yaşa Göre Düzeltme Yapıldığında Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Aldıkları Duygusal Tükenme Puanları



Meslekte çalışma süresi en az olan grup (0-4 yıl) kişisel başarı açısından en düşük puanı almıştır ($p<0.001$).

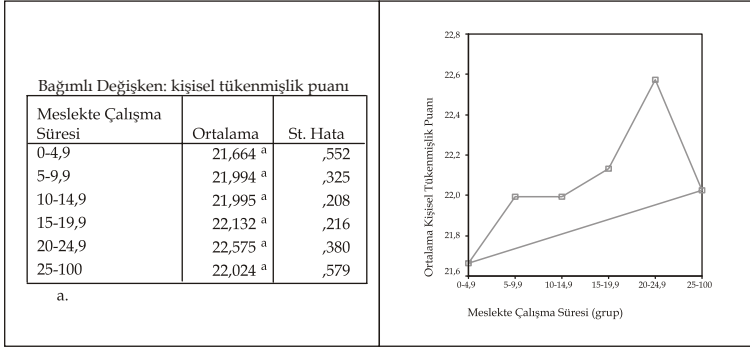
Benzer hesaplama “duyarsızlaşma” kategorisi için yapılmıştır. Çalışma süresi “5-9 yıl” olan hekimlerin “duyarsızlaşma tükenme” puan ortalaması diğer gruplardan yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Tablo 10). Yaşa göre düzeltme yapıldığında meslekte çalışma süresi ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki kaybolmuştur ($F=0.473$; $p=0.797$).

Şekil 32. Yaşa Göre Düzeltme Yapıldığında Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Aldıkları Duyarsızlaşma Puanları



Yaşa göre düzeltme yapıldığında, kişisel tükenmişlik puanları meslekte çalışma süresi grupları arasında farklılık göstermemektedir ($F=0.656$; $p=0.657$). Tüm gruplarda yaş dağılımı benzer olsaydı, çalışma süresi gruplarının yaşa göre düzeltilmiş kişisel tükenmişlik puanlarının ortalamasının aşağıdaki gibi olduğu görülmektedir.

Şekil 33. Yaşa Göre Düzeltme Yapıldığında Hekimlerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Aldıkları Kişisel Başarı Puanları



TARTIŞMA

TTB aracılığı ile ulaşılabilen ve Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışmakta olan bir grup hekimin tükenmişlik düzeylerinin saptanması amacıyla yapılmış olan bu çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin aldıkları ortalama MTÖ-DT puanı 15.48 ± 6.7 ; MTÖ-DYS puanı 5.51 ± 3.51 ve MTÖ-KB puanı 22.06 ± 4.05 olmuştur (Tablo 6). Türkiye’de hekimler arasında tükenmişlik düzeyini saptamak için başka çalışmalar da yapılmıştır. Serinken ve arkadaşları tarafından İzmir’de acil servislerde çalışan 113 hekim arasında yapılan bir çalışmada ölçek puanları sırasıyla MTÖ-DT puanı 15.3 ± 6.5 ; MTÖ-DYS puanı 5.8 ± 3.1 ve MTÖ-KB puanı 22.4 ± 3.5 olarak hesaplanmıştır (2). Bu puanların hesaplanması ve sayısal olarak karşılaştırılması önemlidir, ancak her bir alt başlığın risk faktörleri açısından ayrı ayrı değerlendirilmesi daha önemli olabilir. Tükenmişlik düzeyi ile ilgili alt başlıkların daha önce de belirtildiği gibi farklı anlamları bulunmaktadır. Duygusal tükenme: kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ya da aşırı yüklenilmiş olma duygularını, duyarsızlaşma: çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranmalarını, kişisel başarı noksanlığı ise bireylerin sorunların üstesinden gelememe durumlarını ifade etmektedir (3). Bu nedenle alınan tükenme puanlarını ayrı ayrı ifade etmek ve tartışmak yerinde olur. Ancak tükenme düzeyi pek çok faktör tarafından etkilenmekte olup istatistiksel analizler sırasında temel değişkenlere göre düzeltmelerin yapılması uygundur. Bu çalışmada bu düzeltmelere örnek olarak temel bir değişken olan “yaş değişkeni” verilmiştir (Şekil 31-33). Bu örnekler çoğaltılabilir.

Literatürde yer alan bilgiler cinsiyetin duygusal tükenme açısından önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bilgilere göre

kadınlar erkeklerden daha fazla duygusal tükenme yaşamaktadırlar. Bunun nedeni olarak da kadınlarda tükenmeyi iş ve iş dışı etmenlerin; erkeklerde ise yalnızca iş ile ilgili etmenlerin belirliyor olması gösterilmiştir (2). TTB tarafından yapılan bu çalışmada cinsiyet ile tükenme arasındaki ilişkiler literatür bilgileri ile uyumlu değildir. Çalışmada erkek ve kadın hekimler arasında “duygusal tükenme” açısından bir fark saptanamamıştır. Araştırmaya katılan erkek hekimler duyarsızlaşma açısından kadınlara göre daha tükenmiş durumdadırlar ($p=0.012$). Kadın hekimlerin kişisel başarı açısından erkeklere göre daha tükenmiş durumda oldukları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$) (Tablo 7). Kadınların iş dışı yaşamlarında sorumluluklarının fazla olması kişisel başarı düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olmasının nedeni olabilir (2).

Kadın ve erkekler arasında tükenmişlik açısından farkların olmasının birden fazla nedeni bulunmaktadır. Bu noktada bireysel kişilik özelliklerinin önemli olduğunun üzerinde durulmaktadır. Örneğin, Yang tarafından bir grup öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılarda “maskülen” özellikler (agresif, güçlü, kendine güvenen, bağımsız, yarışmacı bir kişiliği olan) fazla ise cinsiyetinden bağımsız olarak bireylerin tükenme düzeylerinde azalma saptanmıştır. Bu özelliklerin temel olarak kişilerin kendine güven duygularını artırdığı belirtilmiştir (24). Bu özellikler aslında toplumda bireylere (ya da cinsiyetlere) verilen rollerle çok yakından ilişkili olabilir. Ancak toplumda meslekler için toplum tarafından biçilen roller ve sorumluluklar da kişilerin bu duygularını geliştirip onların daha “güçlü” ve “kendine güvenli” olmasına neden olabilir.

Araştırmada “bekar” hekimlerin aldıkları “duyarsızlaşma” puanı “evli” olanlara ve “eşinden ayrılmış” olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0.046$). Kişisel başarı puan ortalaması en düşük yine bekarlar arasındadır ($p=0.001$). Evli olmayan bireyler

toplumsal sorumluluklarını da kendi başlarına yerine getirmeye çalışmaktadırlar ve bu durum onların sorun çözme kapasiteleri için zaman zaman zorlayıcı olabilir. Bu nedenle özellikle bireylerin sorunların üstesinden gelememe durumlarını ifade eden “kişisel başarı noksanlığı” evli olmayanlar arasında evli olan hekimlere göre daha sık görülebilir (3).

Araştırmada katılımcıların yaş gruplarına göre aldıkları tükenmişlik puanları da incelenmiştir. En yüksek “duygusal” tükenme puanı ortalamasını 35-44 yaş grubu hekimler almıştır ($p<0.001$). Yaş arttıkça “duyarsızlaşma” puanı azalmaktadır. “Duyarsızlaşma” kategorisinde en yüksek puan ortalamasını “25-34 yaş grubu” hekimlerindedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Tablo 7). Bu bulgular literatür bilgileriyle uyumludur. Genç yaştaki profesyonel deneyimi olmayanların tükenmeye daha yatkın oldukları bilinmektedir (6).

Herhangi bir hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerin “MTÖ-DT” ve “MTÖ-KB” açısından tükenme düzeyleri herhangi bir hastalığı olmadığını belirten hekimlere göre daha yüksektir ($p=0.049$; $p=0.005$) (Tablo 9). Sağlık, tanımı itibarıyla “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmak” anlamına gelmektedir (25). Hasta olduğunu ifade eden hekimlerin kendilerini Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan sağlığın bu bütüncül tanımı kapsamında tam bir iyilik halinde hissetmemiş olmaları olasıdır. Özellikle duygusal tükenme durumu bu algı ile ilişkili olabilir.

Sağlık hizmetlerinde gece çalışması, vardiya, çağrılma, nöbet, vb. uygulamalar sağlık personelinde psiko-sosyal sorunların meydana gelmesini kolaylaştırabilmektedir. Normal çalışma süresi dışında kalan gece çalışması, vardiya, çağrılma, nöbet, vb. uygulamalar “fazla çalışma” olarak nitelendirilmektedir. Bazı ülkelerde fazla çalışma dinlenme, bazı ülkelerde ise ücretlendirme hakkı ile karşılanmaktadır.

Ancak belli süreyi aşan çalışma saatleri de sınırlandırılmaktadır. Örneğin, Fransa'da yataklı tedavi kurumlarında ayda en fazla 20, Avusturya'da haftada en fazla 5 saat, yılda ise 60 saat fazla çalışma yaptırılmaktadır. Benzer olarak Avusturya'da bir sağlık personelinin günlük çalışma saatinin üst sınırı 10 olarak belirlenmiştir (26). Tükenmişlik durumunun incelendiği bu araştırmada hekimler günde ortalama 9.38 ± 2.4 saat çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu kapsamda hekimlerin fazla çalışma saatlerinin ayrıntısı alınmamıştır. Bu nedenle, hekimlerin çalışma saatlerinin ne kadarının birinci işlerinde geçtiği öğrenilememiştir. Ancak hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%40.9) ikinci bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. Sıklıkla ifade edilen ikinci işler arasında "nöbetçi hekimlik, özel çalışma (%55.6)", "işyeri hekimliği (%41.0)" olmuştur. Başka işte çalışma nedenleri arasında ise en sık "ek gelir elde etmek (%94.1)" olmuştur. Belirtilen diğer ek işte çalışma nedenleri de ekonomik nedenlerle yakından ilişkilidir (Tablo 2). Ekonomik nedenler hekimlerin kendi kurumları dışında da çalışmalarına neden olmaktadır. Türkiye'de kamu ile bağlantısı olmayıp sadece özel sektörde çalışan hekim sayısı 1998 yılı itibarıyla 10 bin civarındadır. Aynı yıl için hekimlerin %35-40'ının hem kamuda hem de özelde çalıştığı tahmin edilmektedir (27). Bu durum sonucunda hekimlerin özellikle fiziksel potansiyellerinin fazlasıyla zorlanması söz konusu olabilir. Ayrıca, ikinci işte çalışan hekimler öncelikli olarak çalıştıkları kurumlarda performanslarının tamamını kullanamayabilirler. Bunun sonucu olarak da hem kendilerinin hem de onlardan hizmet alan hastaların ya da başvuranların hizmetten memnun olmama durumları söz konusu olabilir.

Araştırmaya katılan hekimler ayda ortalama 1.96 ± 1.6 milyar TL kazandıklarını ifade etmişlerdir. Ancak hekimlerin ayda kazandıkları ücretler arasında farklılık bulunmaktadır. Grubun %3.9'u beş milyar ve üzerinde para kazanmaktadır. İkinci işten kazanılan ücret miktarı ortalama ücret 1.37 ± 1.7 olup grubun %42.8'i ikinci işten bir milyar

TL'nin altında almaktadırlar (Tablo 3). Hekimler bekledikleri ya da sahip oldukları yaşam standardına ulaşabilmeleri için ikinci bir işte çalışmaktadırlar. Ancak ikinci çalışılan işlerden alınan ücret ortalaması birincil olarak yapılan işten kazanılan miktardan daha azdır. Bu durumun aslında beklenen bir durum olduğu düşünülebilir, ancak katılımcılara yapılan işlerin ayrıntısı sorulmamıştır.

Yapılan çalışmalar tükenmenin iş kaybından aile içi sorunlara, psikosomatik hastalıklardan alkol-madde-sigara kullanımına ve hatta uykusuzluk-depresyon gibi ruhsal hastalıklara uzanan çok çeşitli ciddi sonuçları olduğunu göstermektedir (6). Bu noktada araştırma kapsamında "sonuç" olarak kabul edilebilecek hekimlerin "sigara-alkol" kullanımları ile ilgili sorular yer almıştır. Hekimlerin yaklaşık üçte biri sigara içtiğini ifade etmişlerdir (%34.6). Sigara içen hekimlerin %47.9'u bir paket ve üzerinde sigara içtiklerini belirtmişlerdir (277 kişi) (Tablo 4). Türkiye'de de dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi sigara içme sıklığı oldukça yüksektir. Ülke çapında 1988 yılında yapılmış olan bir çalışmaya göre 15 yaş üstü bireylerde sigara içme sıklığı erkekler için %62.8; kadınlar için ise %24.3 olarak tespit edilmiştir. Çeşitli meslek grupları arasında Bilir ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir başka araştırma sonuçlarına göre; doktorların %43.9'u, öğretmenlerin %50.8'i sigara içmektedirler (28). Hekimlerin sigara içme sıklığı ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Parna ve arkadaşları tarafından Estonya'da 2668 hekim arasında yapılan kesitsel bir çalışmada kadın hekimlerin %24.9'u; erkek hekimlerin ise %10.8'i sigara içmektedirler (29). Bu rakamlarla ilgili altı çizilmesi gereken nokta hekimlik mesleğinin toplum için "rol modeli" özelliği olan bir meslek olmasıdır. Bu nedenle sigara içen hekimler kendi sağlıklarına zarar vermelerinin yanısıra toplumun tütün ve diğer tütün ürünlerinin tüketiminin toplumda azaltılması yönünde yapılan çalışmalar kapsamında "olumsuz modeller" olmaktadır. Sağlık çalışanlarının

ve özellikle de hekimlerin “olumlu” rol modeli olmaları ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü “31 Mayıs-Dünya Sigara İçmeme Günü” kapsamında her yıl düzenlediği etkinliklerin 2005 yılı için belirlenmiş olan teması “Sigara Mücadelesinde Sağlık Çalışanının Rolü” olmuştur (30). Oldukça önemli olan bu davranışın engellenmesine yönelik olarak hekimler arasında müdahale çalışmalarının planlanması uygun olur. Sigara içmek ve tükenme arasındaki neden-sonuç ilişkisi ortaya koyulamamıştır. Bu konuda ayrıntılı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Araştırma kapsamında incelenen bir başka sağlık davranışı da alkol tüketimi olmuştur. Grubun büyük bir çoğunluğu (%67.3) ara sıra alkollü bir içecek tükettiğini; %23.2’si ise hiç alkol almadığını belirtmiştir (Tablo 4). Alkol tüketimi ve etkileyen faktörlere ilişkin farklı pek çok çalışma vardır. Örneğin, Finlandiya’da Juntunen tarafından 3496 hekim arasında yapılan bir çalışmada alkol tüketiminin iş koşulları ve strese bağlı olarak arttığı saptanmıştır (31). Kenna ve Wood tarafından 479 sağlık çalışanı arasında yapılmış olan bir başka çalışmaya göre de sağlık personelinin alkol tüketiminin yaşla arttığı; bunun yanısıra cinsiyet ve gelir düzeyinden etkilenmediği bulunmuştur (32). TTB tarafından yapılan bu çalışmada sürekli olarak alkollü bir içecek içtiğini ifade eden hekimlerin “MTÖ-DT” ve “MTÖ-DYS” puanları ara sıra içen, eskiden içmiş olan ve hiç içmeyen hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Her iki kategori için değişkenler arası ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır (MTÖ-DT $p=0.004$; MTÖ-DYS $p=0.033$) (Tablo 8). Alkol kullanımı ve tükenme arasındaki neden-sonuç ilişkisinin daha “net” ortaya koyulabilmesi için bu konuda da ayrıntılı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Türkiye’de sağlık personeli olarak en çok olan meslek grubunu doktorlar oluşturmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan 2005 yılı raporunda hekim sayısı 89 bin olarak belirtilmiştir (9). Sayının ihtiyaçtan fazla olduğu böyle bir durumda

hekimler tükenmişlik düzeyini artıracabilecek risk faktörleri ile karşılaşma olasılıklarının yüksek olduğu düşünülebilir. İş yükünün ve kaynakların yetersizliği sağlık alanında çalışanlar için önemli bir stress kaynağıdır. Visser ve arkadaşları tarafından Hollanda'da 2400 uzman hekim arasında yapılmış olan bir çalışma bulgularına göre "kötü yönetim" ve "kişilerin destek hissetmemesi" iş memnuniyetini azaltan önemli faktörlerdir. Aynı çalışmada çalışma koşullarının iş stresi, memnuniyet ve tükenme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (14). Hekimlere hissettikleri desteği verebilmek için doktorların ihtiyaçlarının bilinmesi önem taşımaktadır. McManus ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin ihtiyaçlarını gözden geçirirken onlara karar verme mekanizmalarında fırsatların tanınması, kontrol ve otonomilerine ihtiyaç gösterilmesi, değerli oldukları duygusunun hissettirilmesi önemli olduğu üzerinde durulmuştur (33).

Bu araştırmada tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Oysa tükenmişlik düzeyini etkileyen en önemli faktörlerin "iş doyumu" ve "işyeri koşulları ile ilgili tatmin" duygusu olduğu daha önceki çalışmalarda ortaya koyulmuştur (16). Hekimin iş stresi, iş doyumsuzluğu ve tükenmişliği arasındaki ilişkinin incelendiği İsrail'de 309 hekim arasında yapılmış bir çalışmada profesyonel kişisel yeterlilik geliştirildiğinde işe bağlı stresin önemli bir bölümünün azaldığı; buna bağlı olarak da iş doyumu ile ilgili önemli bir motivasyon kaynağının arttığı ifade edilmiştir. Kişisel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik olarak yapılan eğitim etkinliklerinin stres ve tükenme düzeylerini azalttığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada kişisel yeterliliğin en önemli anti-stres kaynaklarından birisi olduğu vurgulanmıştır (34). Toplumda meydana gelen değişikliklerin iş stresini; iş stresinin de tükenmişlik düzeyini artıran etmen olduğu bilinmektedir (14,16). TTB tarafından yapılmış olan bu çalışmada toplumda meydana gelen değişiklikler (krizler, siyasi, ekonomik

dalgalanmalar, vb), katılımcıların iş doyumu ve işyeri koşullarından tatmin olma durumları ile ilgili sorular ve ölçekler yer almamıştır. İleride yapılacak olan çalışmalarda ilişkilerin daha geniş boyutlu değerlendirilebilmesi için özellikle iş doyumu ölçeklerinin de aynı kapsamda değerlendirilmesi önerilmektedir.

TTB aracılığı ile ulaşılabilen ve Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışmakta olan bir grup hekimin tükenmişlik düzeylerinin saptanması amacıyla yapılmış olan bu çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu nedenle araştırma sonuçlarının Türkiye’de bulunan hekimler için genellenmesi söz konusu değildir. Sonuçlar ancak araştırmaya katılan hekimlerin durumunu yansıtmaktadır. Bu durum araştırmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Tükenmişlik düzeyi ile ilgili verilerin genellenebilmesi için kesitsel bir çalışmaya; süreçteki değişimlerin saptanabilmesi için de izleme çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ancak görülme sıklığı %25-60 arasında değişen (35) bu önemli sorunla ilgili olarak yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar özellikle tükenmişlik düzeyi ve katılımcıların bu durumun nedenleri ve çözümlerine ilişkin görüşleri konusunda oldukça önemli ipuçları vermektedir.

Araştırmadan elde edilen bir olumlu ve önemli sonuç da hekimlerin büyük bir çoğunluğunun (%94.2) var olan hekim sorunlarına çözümler üretilebileceğini düşünmeleridir. Çözüm beklenen yapılar arasında ilk sırayı meslek örgütü almıştır (%90.4). Sağlık Bakanlığı çözümlerin olduğunu düşünen hekimlerin %78.8’i tarafından çözüm üretebilecek olan ikinci en sık kurumdur. Hekimlerin katkıları (%63.7) ve üniversiteler (%53.5) bu soru için verilen diğer yanıtlardır (Tablo 12). İlgili kurum ve kuruluşların bu bulguları dikkate alması, “doğru” bir biçimde yorumlaması ve gerekli düzenlemeleri yapması önerilmektedir. Yapılacak olan çalışmalara araştırmaya katılan hekimlerin çoğunluğu bir biçimde destek verebileceği anlaşılmaktadır, çünkü grubun %63.7’si “hekimlerin sorunların

çözümü için katkı verebilir” ifadesini kullanmıştır.

Tükenmişlik konusunda çözüm üretilebileceğini düşünen hekimlerin “MTÖ-DT”, “MTÖ-DYS” ve “MTÖ-KB” kategorilerinde çözüm üretilebileceğini düşünmeyen hekimlere göre daha tükenmiş durumda oldukları saptanmıştır. Her üç kategori için de istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 13). Bu durum onların bu konuda daha çok desteğe ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada tükenme düzeyleri ile ilgili herhangi bir kesim noktası kullanılmamıştır. Bunun nedeni de Türkiye’de yapılan araştırmalar için kesim noktalarının belirlenmemiş olmasıdır (16). Ancak dünyada yapılan bazı çalışmalarda kesim noktası kullanılmaktadır. Örneğin Visser ve arkadaşları Hollanda’da 2400 uzman hekim arasında yaptıkları çalışmada tükenme durumunu saptamak için kesim noktası kullanmışlardır (14). Dünyada yayınlanan bazı çalışmalarda hekimler arasında tükenmişlik düzeyinin %25-60 olduğu belirtilmektedir (35). Bu denli sık olduğu düşünülen tükenmişlik düzeyinin daha net ortaya konulabilmesi için Türkiye için de benzer çalışmalara ihtiyaç vardır. Türkiye için önerilen bir başka çalışma tipi de ölçeğin faktöriyel geçerliliği ile ilgilidir. MTÖ ile ilgili olarak bazı ülkelerde ölçeğin faktöriyel geçerliliğine yönelik bazı zayıflıkları olduğu saptanmış ve konu ile ilgili ileri çalışmalar yapılmıştır. Örneğin İspanya’da ve Çin’de bu tip çalışmalar yapılmaktadır (36-37).

Tükenmişlik düzeyi birden çok faktörden etkilenmektedir. İlgili faktörlerin birlikte değişimlerinin incelenmesi için ileri analizlere ihtiyaç vardır. Bu çalışmada bahsedilen değerlendirmeler için örnekler verilmiştir. Örneğin, temel bir sosyo-demografik değişken olan yaşın bazı ilişkileri etkilediği düşünülmüştür. Bu nedenle yaşa göre düzeltme yapılarak meslekte çalışma süresi ve tükenme durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş kontrol edilmediğinde çalışma

süresi “5-9 yıl” olan hekimlerin “duyarsızlaşma tükenme” puan ortalaması diğer gruplardan yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Tablo 10). Yaşa göre düzeltme yapıldığında meslekte çalışma süresi ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki kaybolmuştur (Şekil 32). Tükenme düzeyini yaş dışında da pek çok faktör etkilemektedir. Bu nedenle tükenme düzeyi ile ilgili değerlendirmeler yapılmadan önce bu ilişkilerin iyi kurgulanıp yorumların ihtiyatlı yapılması önerilmektedir.

Sonuç olarak hekimleri etkileyen ve bir sağlık sorunu olan “Tükenmişlik Sendromu” ile ilgili çözümler üretmek mümkündür. Ancak bu doğrultuda kararlı ve kapsayıcı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Bauer J, Hafner S, Kachele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2003 May;53(5):213-22.
2. Serinken M, Ergör A, Çımrın AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos 2003, 18 (4): 293-299.
3. Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretim Online, 2003; 2(1): 2-9.
4. Sandström A, Rhodin NR, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired Cognitive Performance in Patients with Chronic Burnout Syndrome. *Biological Psychology* 69 (2005): 271-279.
5. Piko BF. Burnout, Role Conflict, Job Satisfaction and Psychosocial Health Among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, Article in Press (Available online at www.sciencedirect.com) (Access date: June 27, 2005).
6. Özgüven HD, Haran S. Tükenme. *Kriz ve Müdahale Kitabında* (Ed. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R. Ve ark. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara, 2000: 199-214.
7. Editorial. *Annals of Internal Medicine*. March 2002; 136 (5): 391-393.
8. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu, *STED Dergisi*, Şubat 2001, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html> (Erişim Tarihi: 6 Şubat 2005).

9. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı. <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/viii/plan8str.pdf> (Erişim Tarihi: 25 Temmuz 2005).
10. Aslan D., Üner S. Türkiye'nin Sağlık Durumu, 2001. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları.
11. Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu. II. Baskı, Mart 2002: 21-29.
12. Buldukoğlu K, Doğan S. Stres ve Hemşirelik. Sağlık Bakanlığı Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ankara, 1995.
13. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of Factors Influencing Burnout Levels in the Professional and Private Lives of Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 2003 (40): 806-827.
14. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, Haes HCJM. Stres, Satisfaction and Burnout Among Dutch Medical Specialists. *CMAJ* Feb 4, 2003; 168 (3): 271-5.
15. Mingote Adan JC, Moreno Jimenez B, Galvez Herrer M. Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options. *Med Clin (Barc)*. 2004 Sep 4;123(7):265-70.
16. Çam O. The Burnout in Nursing Academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies* 38 (2001): 201-207.
17. Diaz Gonzalez RJ, Hidalgo Rodrigo I. The burn-out syndrome in physicians of the public health system of a health area. *Rev Clin Esp*. 1994 Sep;194(9):670-6.
18. Erçeltik Ö, Ertuğrul İ, Göde S, Kılıç L, Kılınç R, Korkmaz Ş. Keçiören Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre İncelenmesi. Yayınlanmamış Araştırma Raporu (Danışman: Prof. Dr. Zafer Öztekin. Ankara, 2004.

19. Mollaoğlu M, Yılmaz M, Kars T. Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos 2003, 18 (4): 289-292.
20. Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa İl Merkezi Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin Sosyo-Demografik Özelliklerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara, 2004: 306.
21. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, Bayraktar R, Dağ İ, (Ed). VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, s, 143-154.
22. Dawson-Saunders B, Trapp RG. Basic and Clinical Biostatistics. A Lange Medical Book, International Edition, USA, 1990.
23. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Yenilenmiş 4. Baskı. Özdemir Yayıncılık, Ankara, 1993.
24. Yang HJ, Farn CK. An investigation the factors affecting MIS student burnout in technical-vocational college. *Computers in Human Behavior* 21 (2005): 917-932.
25. Executive Board Resolution EB101.R2 on the amendments to the constitution. WHO, Geneva, 1998.
26. Özdemir M. Sağlık Çalışanlarının Sorunları. *Toplum ve Hekim*, Kasım-Aralık 1999, 16(6): 402-12.
27. Soyer A, Belek İ. Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme. *Toplum ve Hekim*, Ocak-Şubat 1998, 13(1): 35-46.
28. Bilir N., Doğan BG., Yıldız AN. Smoking Behavior and Attitudes-Ankara, Turkey. Hacettepe Public Health Foundation and International Development Research Center. Ankara, 1997.

29. Parna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. *Public Health* (2005) 119, 390–399.
30. World No Tobacco Day-31 May <http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/wntd/2005/en/logoposter.pdf> Erişim Tarihi: 26 Temmuz 2005.
31. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Aarimaa M, Strid L, Kauttu K. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ*. 1988 Oct 15;297(6654):951-4.
32. Kenna GA, Wood MD. Alcohol use by healthcare professionals *Drug and Alcohol Dependence* 75 (2004) 107–116.
33. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The Casula Links Between Stress and Burnout in a Longitudinal Study of UK Doctors. *The Lancet*, 15 June 2002, (359): 2089-2090.
34. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing Medical Education and Primary Physicians' Job Stress, Burnout and Dissatisfaction. *Medical Education* 2000; 34: 430-36.
35. Shanfelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back A. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine* 2002, 136(5): 358-367.
36. Gil-Monte PR. Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish Professionals. *Rev Saude Publica* 2005; 39 (1): 1-8.
37. Tang CS. Assessment of Burnout for Chinese Human Service Professionals: A Study of Factorial Validity and Invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 1998; 54 (1): 55-58.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada araştırmacılara destek olan TTB yönetim kurulu başkan ve üyelerine; değerli zamanlarını ayırıp anketleri yanıtlayan katılımcılara; Tabip Odası yöneticilerine; TTB Merkez Konsey teknik ekibine; epidemiyoloji bilimi kapsamında katkı veren Doç. Dr. Banu Çakır'a teşekkür ederiz.