T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ERZURUM'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA GÖREV YAPAN HEKİMLERDE İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE ETKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dr. Aysun ARAS

Tez Yöneticisi

Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN

Uzmanlık Tezi

ERZURUM 2014

İÇİNDEKİLER

ONAY III
TEŞEKKÜR IV
ÖZET V
SUMMARY VII
TABLOLAR DİZİNİ IX
ŞEKİLLER DİZİNİ XII
GRAFİKLER DİZİNİ XIII
KISALTMALAR DİZİNİ XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Aile Hekimliği Uygulaması 6
2.2. İş Doyumu İle İlgili Kavramlar ve Teoriler 10
2.2.1. İş doyumunun tanımı 10
2.2.2. İş Doyumu ile ilgili kuramlar 11
2.2.3. İş Doyumunu oluşturan faktörler 18
2.2.4. İş doyumu sağlanmasının iş ortamına sağladığı faydalar 23
2.2.5. İş doyumu sağlanamadığında ortaya çıkacak olumsuzluklar 24
2.3. Tükenmişlik Sendromu ile İlgili Kavramlar ve Görüşler 25
2.3.1. Tükenmişlik kavramı 25
2.3.2. Tükenmişlikle ilgili etmenler 27
2.3.3. Kurumla ve işle ilgili etkenler 28
2.3.5. Tükenmişlikle ilgili görüşler 30
2.3.6. Tükenmişliğin belirtileri 34
2.3.7. Tükenmişliğin evreleri 36
2.3.8. Tükenmişliğin sonuçları 37
2.3.9. Tükenmişliği önleme ve baş etme yolları 39
2.4. Tükenmişliğin İş Doyumuna Etkisi 42
3. GEREÇ VE YÖNTEM 43
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri 43
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 43

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Ölçek ... 43
3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirme ... 46
3.5. MTÖ'nin Güvenirliği ve Geçerliği ... 47
3.6. MİDÖ' nin Güvenirliği ve Geçerliği ... 48
3.7. Etik Konular ve İzin ... 48
3.8. Araştırmanın Süresi ... 49
4. BULGULAR ... 50
4.1. MTÖ'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular ... 50
4.2. MİDÖ'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular ... 50
4.3. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları ... 51
4.4. Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi ... 53
4.5. Araştırmaya Katılan Hekimlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler ... 57
4.6. Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi ... 61
4.7. Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri İle Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki İle İlgili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları ... 76
5. TARTIŞMA ... 96
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER ... 114
6.1. Sonuç ... 114
6.2. Öneriler ... 117
KAYNAKLAR ... 119
EKLER ...
EK 1. Kişisel Bilgi Formu ... 134
EK 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ... 136
EK 3. Minnesota İş Doyum Ölçeği ... 137

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 01.02.2012 tarih ve 18 sayılı yazısı ile "Erzurum'da Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Etkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Aysun ARAS tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'nca görüşülmüş ve 24.05.2012 tarih ve 3 sayılı oturumunun 11 nolu kararı ile etik kurallara uygun görülmüştür. Çalışma Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'nca 01.03.2012 tarih ve 1 sayılı oturumunun 14 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimim hazırlanması esnasında, desteğini ve hoşgörüsünü esirgemeyen, çalışmalarıyla kendime örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN'a, ihtisas süresi boyunca eğitimime ve tezime olan değerli katkıları ve desteğinden dolayı Yrd. Doç. Dr. Zahide KOŞAN'a, Yrd. Doç. Dr. Elif Okşan ÇALIKOĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ'ye saygılarımla teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince beni motive eden dostlukları için tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve başta bölüm sekreterimiz Yeliz ÇAKIR HARARLI olmak üzere bölümümüzün tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

Hayatımın her anında desteklerini yanımda hissettiğim aileme sonsuz teşekkürler…

Dr. Aysun ARAS

ÖZET

Araştırmamız Erzurum ili genelinde birinci basamak sağlık kurumlarında görevli hekimlerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerini ve bu düzeyleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte planlanmıştır. Çalışmamızın kapsamına 2012 yılında Erzurum ili birinci basamak sağlık kurumlarında görevli 253 hekimden 246 hekim alınmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği (MİDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekimlerin, MTÖ alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı puanları sırasıyla %67.7'sinde, %76'sında ve %79'unda düşük, Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı puanları sırasıyla %88.2'sinde, %70.6'sında, %82.4'ünde düşük saptanmıştır. İş doyumu puanı ise Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekimlerin %76.9'unda orta düzeyde iken, Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekimlerin %70.6'sında orta düzeyde bulunmuştur.

Duygusal tükenmişlik düzeyi, düzenli tatil yapanlarda, alkol kullanmayanlarda, meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşünenlerde, aile hekimliği uygulamasından memnun olanlarda, işinin beklentilerini karşıladığını düşünenlerde, iş yeri fiziki koşullarından memnun olanlarda düşüktür.

Duyarsızlaşma düzeyi, kadın hekimlerde, 40 yaş üzerindekilerde, meslekte çalışma süresi 18 yıl üzerinde olanlarda, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananlarda, meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşünenlerde, aile hekimliği uygulamasından memnun olanlarda, işinin beklentilerini karşıladığını düşünenlerde düşüktür.

Kişisel başarı düzeyi, 29 yaş altındaki hekimlerde, düzenli tatil yapmayanlarda, çalışma süresi 6 yıl altında olanlarda, meslek seçiminde yanlış seçim yaptığını düşünenlerde, kongre, kurs ve seminerlere katılmayanlarda düşüktür.

Araştırmamızda MİDÖ üç alt boyutu değerlendirilmiş olup, genel iş doyumu düzeyi, kadın hekimlerde, belde ve köyde yaşayanlarda, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananlarda, meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşünenlerde, aile hekimliği uygulamasından memnun olanlarda, çalışma ortamından memnun

olanlarda, işinin beklentilerini karşıladığını düşünenlerde, son yıl içinde hizmet içi eğitim almayanlarda, kongre, kurs, seminerlere katılanlarda yüksektir.

İçsel iş doyumu, düzenli tatil yapanlarda, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananlarda, meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşünenlerde, çocuğunun hekim olmasını isteyenlerde, aile hekimliği uygulamasından memnun ve çalışma ortamından memnun olanlarda, işinin beklentilerini karşıladığını düşünenlerde, son yıl içinde hizmet içi eğitim almayanlarda, kongre, kurs, seminerlere katılanlarda yüksektir.

Dışsal iş doyumu, kadın hekimlerde, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananlarda, meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşünenlerde, aile hekimliği uygulamasından memnun olanlarda ve çalışma ortamından memnun olanlarda yüksektir.

Sonuç olarak, Aile Sağlığı Merkezi'nde ve Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekimlerin yaklaşık olarak sadece 1/3'ünde tükenmişlik ve iş doyumu yüksek bulunmuştur. Bu durum göz önüne alınarak, hekimlerin tükenmişlik düzeylerini azaltmaya, iş doyumu düzeylerini arttırmaya yönelik öneriler yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, İş doyumu, Hekim, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi

SUMMARY

Our study was conducted descriptively cross-sectional in order to determine burnout and job satisfaction levels, the factors affecting these burnout and job satisfaction levels of the physicans working in Erzurum primary health care institutions 246 of the 253 physicans working in Erzurum in 2012 were included in this study. The data were collected by using sociodemographic questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI) and Minnesota Job Satisfaction Questionnaire (MSQ).

In terms of three dimensions of MBI, 67.7% of physicans working in Family Health Centers scored low for emotional exhaustion, 76% for depersonalization and 79% for personal accomplishment and emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment scores of physicians in Community Health Centers were respectively, 88.2%, 70.6%, 82.4% in low. In addition, the physicans' job satisfaction scores in Family Health Centers and Community Health Centers were found respectively, 76.9%, 70.6% in middle level.

Emotional exhaustion level was found low in those having regular holiday, no alcohols usage, choosing the right career choice, satisfaction with the application of family medicine, satisfaction with the physical conditions of the workplace, thinking that the business meets the expectations,

Depersonalization level was found low in those male physicans, over the age of 40, over the working time of 18 years, believing that their occupation gets the value it deserves in society, choosing the right career choice, satisfied with the application of family medicine, thinking that the business meets the expectations.

Personal accomplishment level was found low in those under the age of 29, not having regular holiday, under the working time of 6 years, choosing the wrong career choice, participating in congresses, courses and seminers.

Also in our study, we evaluated three dimensions of MSQ. General job satisfaction level was found high in female physicans and those who live in rural, believe that their occupation gets the value it deserves in society, choose the right career choice, are satisfied with the application of family medicine, are satisfied with working

environment, think that the business meets the expectations, participate in congresses, courses and seminers, not having any in-service training in the last year.

Internal job satisfaction level was found high in those having regular holiday, believing that their occupation found its value in society, desiring their children choose the same profession, choosing the right career choice, thinking that the business meets the expectations, satisfied with the application of family medicine and satisfied with working environment, not having any in-service training in the last year, participating in congressses, courses and seminers.

External job satisfaction level was found high in those believing that their occupation found the value it deserves in society, choosing the right career choice, satisfied with the application of family medicine and satisfied with working environment.

In conclusion, it was found that only about in 1/3 of the physicans working in Family Health Centers and Community Health Centers had high scores in job satisfaction and burnout levels. Taking these findings into account, some suggestions toward increasing the job satisfaction scores and decreasing burnout scores were given.

Key Words: Burnout, Job Satisfaction, Physican, Family Health Center, Community Health Center

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinin Örgütlere Uygulanması..... 13
Tablo 2. MTÖ'nin Alt Boyutlarına İlişkin Türkiye Hekim Normları..... 45
Tablo 3. MTÖ'nin Alt Boyutlarının Güvenirlik Analizi Sonuçları 50
Tablo 4. MİDÖ'nin Güvenirlik Analizi Sonuçları..... 50
Tablo 5. MTÖ'nin Alt Boyutları ve MİDÖ'nin Birbirleri ile Korelasyonu..... 51
Tablo 6. Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı İle Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması 52
Tablo 7. Genel İş Doyumu, İçsel İş Doyumu, Dışsal İş Doyumu İle Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması..... 53
Tablo 8. Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi Alt Gruplarının Puan Değerleri (n=246)..... 54
Tablo 9. Hekimlerin İş Doyumu Alt Gruplarının Ortalama Puan Değerleri (n=246).... 55
Tablo 10. Erzurum İlinde Aile Sağlığı Merkezleri'nde Görevli Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Dağılımı..... 56
Tablo 11. Erzurum İlinde Toplum Sağlığı Merkezleri'nde Görevli Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Dağılımı..... 56
Tablo 12. Hekimlerin Kişisel Bazı Özelliklerine Göre Dağılımının İncelenmesi (n=246)..... 57
Tablo 13. Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımının İncelenmesi (n=246)..... 59
Tablo 14. Hekimlerin Eğitim Özelliklerine Göre Dağılımının İncelenmesi (n=246).... 60
Tablo 15. Hekimlerin Sosyo-demografik Bazı Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246) 62
Tablo 16. Hekimlerin Sosyo-demografik Bazı Özellikleri ile İş Doyumu Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)..... 65
Tablo 17. Hekimlerin Mesleki Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246) 68
Tablo 18. Hekimlerin Mesleki Özellikleri İle İş Doyumu Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246) 70
Tablo 19. Hekimlerin Çalışma Yaşamı ve İşyeri ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)..... 73

Tablo 20. Hekimlerin Çalışma Yaşamı ve İşyeri ile İş Doyumu Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246) 75
Tablo 21. Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 76
Tablo 22. Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları. 77
Tablo 23. Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları. 78
Tablo 24. Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 79
Tablo 25. Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 81
Tablo 26. Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 82
Tablo 27. Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 83
Tablo 28. Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 84
Tablo 29**.** Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 85
Tablo 30. Hekimlerin Genel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 86
Tablo 31. Hekimlerin İçsel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 86
Tablo 32. Hekimlerin Dışsal İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 87
Tablo 33. Hekimlerin Genel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 88
Tablo 34. Hekimlerin İçsel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 90
Tablo 35. Hekimlerin Dışsal İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 91

Tablo 36. Hekimlerin Genel İş Doyumu Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 93
Tablo 37. Hekimlerin İçsel İş Doyumu Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 94
Tablo 38. Hekimlerin Dışsal İş Doyumu Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 95
Tablo 40. Dünyada ve ülkemizde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri 99
Tablo 41. Dünyada ve ülkemizde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde yapılan bazı çalışmaların iş doyumu düzeyleri 100

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.Maslow un ihtiyaçlar teorisi 12
Şekil 2.Maslach'ın Tükenmişlik Modeli 31

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi Alt Gruplarının Ortalama Puan Değerleri . 54
Grafik 2. Hekimlerin İş Doyumu Alt Gruplarının Ortalama Puan Değerleri 55

KISALTMALAR DİZİNİ

ASM **:** Aile Sağlığı Merkezi

TSM **:** Toplum Sağlığı Merkezi

MTÖ **:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MİDÖ **:** Minnesota İş Doyumu Ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birçok ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri/genel pratisyenler tarafından sunulur. Bu nedenle bu ülkelerdeki birinci basamak sağlık hizmeti sunma yöntemleri Aile Hekimliği Sistemi olarak adlandırılır.[1]

20. yüzyılın ilk çeyreğinden itibaren ortaya çıkan ve 1960'lı yıllarda pek çok ülkede farklı isim ve modellerle de olsa birinci basamak sağlık hizmetleri alanında uygulama yapan Aile Hekimi-Genel Pratisyen; Kişi ve ailesini yaşadığı çevreyle birlikte biyopsikososyal açıdan bir bütün olarak ele alır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıyla gerekli koordinasyonu sağlayarak hastanın sevk ve takibini organize eder. Yaptığı ev ziyaretleri ve rutin takiplerle, kişiye yönelik hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada sunar**.** [2]

Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliğini savunan Peabody'nin bu görüşün ilk yankısını yıllar sonra İngiltere'de göstermiş ve 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. Bunu Amerikan Tıp Birliği'nin 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan 'Aile Hekimliği' tanınmıştır. Dünyada ki bu tanımın Türkiye'deki yansıması ise 'Toplum Hekimliği' olmuş ve bütüncül yaklaşımın 224 sayılı yasa ile basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmesine çalışılmıştır.**[3]**

Türkiye'de Sağlık Sistemi, 1961 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile öngörülen sağlık sistemi yerine 2004 yılında çıkarılan "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ve onu müteakip düzenlenen mevzuat ile değişikliğe uğramıştır ve "Aile Hekimliği Modeli"ne geçilmiştir.[4,5] Aile Hekimliği pilot uygulamasına ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlanmıştır. Bu uygulama gereği birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması için Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) kurulmuştur.[6] Türkiye'de Sağlık Sistemi'nde yaşanan bu değişimin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyini olumlu ya da olumsuz etkileme olasılığı bulunmaktadır.

İşe bağlı gerginliğin daha çok insanlarla yoğun ve devamlı ilişkide bulunan mesleklerde görüldüğü bilinmektedir. İşle ilgili gerginliklerin devam etmesi, mesleki olarak tatminsizliğe, tükenmişliğe yol açabilir. Bu durumda; işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunun azalması, işe gecikme ya da hiç gelmeme ve sonuçta deneyimli personelin kaybedilmesi gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.(7) Hem tükenmişlik hem de iş doyumu kavramları insanlarla yüz yüze iletişimin yoğun olduğu bir meslek olan hekimlik mesleğinde önem arz etmektedir. Bu iki olgu, birbirini tetikleyen bir durum göstermektedir, yani tükenmişlik ne derece artarsa iş doyumsuzluğu da o derece artmaktadır.

Tükenmişliğin "mesleki bir tehlike" olarak ilk klinik tanımlamalarından biri, 1974 yılında, Freudenberger tarafından yapılmıştır. Freudenberger tükenmişliği; "Başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu" şeklinde ifade etmiştir.(8)

Tükenmişlikle ilgili günümüzde en yaygın kabul gören tanım ise, konuyla ilgili çalışan araştırmacılar arasında en önemli isim olarak anılan ve Maslach Tükenmişlik Envanterini geliştiren Christina Maslach'a aittir. Maslach, tükenmişlik kavramını; duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişisel başarıya (personel accomplishment) ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele almaktadır.(9)

Duygusal tükenme; kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır. Duyarsızlaşma; kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı bu kişilerin kendilerine özgü birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içerir. Kişisel başarı ise sorunun başarı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanır. Tükenmişlik kavramı, yorgunluk ya da yıpranma gibi kavramlarla karıştırılmamalıdır. Tükenmişliğin yıpranmaktan farklı olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde tükenmişliğin iş doyumsuzluğu ile de aynı şey olmadığına ait literatürde bilgiler bulunmaktadır.(10)

Tükenme ciddi bireysel ve kurumsal sorunlara yol açmaktadır. Yoğun bir tükenme durumu bireyde psikosomatik bozukluklara, evlilik, aile yaşantısında sorunlara, uykusuzluk, alkol ve madde kullanımına neden olabilmektedir. Kurumsal açıdan ise tükenme, görevlilerin işe geç gelmesi, erken ayrılması, işi bırakması, sık sık

rapor alması, işte yeniliklerin, yapıcı eleştirilerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığı gibi sorunlarla kendini göstermektedir.[9]

Richards'a göre tükenmişlik sendromuna en yüksek risk oluşturan meslek grupları arasında doktor ve hemşireler yer almaktadır.[11] Hastalarındaki sağlık sorunlarının ruhsal ve sosyal stresörler ile yakından ilişkili olduğunu bilen doktorlar, isteyerek seçtikleri ve doyum aldıkları mesleklerinin kendilerine zarar verebileceğini çoğu zaman düşünmeyebilirler. Hasta bakımının yarattığı kaygılar, hasta ile iyi bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi zorunluluğu, alandaki yenilikleri takip etme gereği, iş yükü, düzensiz ve uzun mesai saatleri sıkıntıda olan insanlarla empati yapma ve belirsizlik karşısında sorumluluk alma zorunlulukları, ekip içi çatışmalar, rol belirsizliği, otonom çalışamama ve zamana karşı yarış sağlık çalışanlarının karşılaştığı önemli zorluklardır.

Dünyada yayınlanan bazı çalışmalarda hekimler arasında tükenmişlik düzeyinin %25-60 olduğu belirtilmektedir.[12] Erzurum'da 2010 yılında hekimlerde yapılan bir çalışmada, hekimlerin tükenme düzeyleri alt sınırlarda olup, duygusal tükenmişlik düzeyi hekimlerin %75.0'inde düşük, %19.7'sinde orta, %5.3'ünde yüksek düzeyde saptanmıştır.[13]

Ergin, uzman hekimler, pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebeler için MTÖ Türkiye normlarını çıkardığı çalışmasında, pratisyen hekim ve hemşirelerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğunu göstermiştir[9]. Trabzon'da birinci basamak sağlık personelinde yapılan bir araştırmada, pratisyen hekimlerin duyarsızlaşma düzeylerinin ebe ve hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.[14]

İş doyumu ise tükenmeyi etkileyen önemli nedenlerdendir.[15] İş doyumu, çalışan bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve iş yerindeki çalışma yaşamını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepki olarak tanımlanmaktadır.[16,17,18,19] İlk kez 1920'lerde iş doyumu kavramı ortaya atılmıştır ve 1930'lu yıllarda yapılan araştırmalarda çalışanların işlerindeki mutluluğunun, o kişilerin verimliliğini etkilediğinin bulunması, iş doyumuna önem kazandırmıştır.[17]

İş doyumlarının incelenmesinde birçok kuramdan faydalanılmıştır ve Maslow tarafından geliştirilen İhtiyaçlar Hiyerarşisi iş doyumunu açıklarken en çok başvurulan kuramdır.[20]

Özellikle sağlık alanı, yoğun stresler yaşayan hasta bireylere hizmet vermenin güçlüğü yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir. Ayrıca sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler ile sağlık hizmetindeki yetersizlikler ve hizmetin, personelin dengesiz dağılımı da çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır.[18,19,20]

Karlıdağ ve arkadaşlarının "Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi" ile ilgili çalışmasında öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin iş doyum düzeyleri pratisyen, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin iş doyum düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak pratisyen hekimlerin, meslekte beklentilerini gerçekleştiremedikleri, mesleki rollerine belirsizlik ve çatışmalar yaşadıkları, mesleki çabalarına geri bildirim alamadıkları ve örgütsel yapılanmanın düzensizliklerinden daha çok etkilendikleri bildirilmektedir. Ayrıca yine bu çalışma da araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri yüksek bulunmuştur.[21]

Sevimli'nin hekimlerde yaptığı çalışmada pratisyen hekimlerin önemli bir çoğunluğunun (%72,3) orta düzeyde iş doyumuna sahip oldukları rapor edilmiştir.[22] Mustafa Tözün ve arkadaşlarının Eskişehir'de yaptığı çalışmada ise Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan hekimlerin iş doyumlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür.[23]

Harran Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılan bir araştırmada da iş doyumu ölçeğinden alınan puanlara göre hekimlerin %18.5'nin iş doyumu düzeyi yüksek, %28.8'inin orta, %52.7'si düşük bulunmuştur.[24] Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın 1999 yılında yaptığı çalışmada, uzman hekimlerin %37.5'inde iş doyumu düzeyi yüksek, pratisyen hekimlerin ise %10.6'sında iş doyumu yüksek bulunmuştur.[25]

Rout (1999) tarafından İngiltere'de erkek ve bayan pratisyenlerin iş stresini, iş doyumunu ve ruhsal durumunu karşılaştıran bir araştırma incelendiğinde; erkek pratisyenlerin bayanlara göre daha yüksek endişe ve depresyon oranlarına sahip olduğu, pratisyen hekimlerin iş stresine yol açan sebeplerin zamanında müdahale edebilme, çalışma çevresi ile iletişim ve kariyer yapabilme endişesi olduğu görülmektedir. Ayrıca kadın ve erkek pratisyen hekimler arasında iş doyumu açısından anlamlı farklılık olmadığı, iş doyumsuzluğunun en çok ücret ve iş yükünden kaynaklandığı görülmektedir.[26]

Sonuç olarak tükenmişlik belirtileri hekimin hizmet verirken hata yapmasına ve iş doyumunda azalmaya neden olabilir. Bu durum, hem hizmet verdiği hastalar açısından hem de hekim açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir. Çalışmamız ile elde edilen sonuçların; tükenmişlik ile başa çıkma yollarının belirlenmesi ve iş doyumunu artırıcı önlemlerin alınmasında, yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmanın Amaçları:

Araştırmanın yakın dönemdeki amaçları:

1- Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeyini saptamak

2- Tükenmişlik düzeyi ve iş doyumunu etkileyen faktörleri belirlemek

3- Tükenmişlik ve iş doyumu ilişkisini incelemek

Araştırmanın uzak dönemdeki amaçları:

-Sorunların çözümüne ilişkin öneriler getirmektir

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği/genel pratisyenlik birinci basamakta hizmetlerini sunan bir ihtisas alanıdır.[27] Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliği uygulamasını birbirinden ayırmak gerekir. Bir uzman olarak aile hekimi, birinci basamak iyileştirici hizmetleri sunmak üzere eğitilmiş hekimdir.[28] Farklı ülkelerde bu uzmanlık dalına "genel pratisyenlik", "uzman pratisyenlik" de denilmektedir.[29]

Birinci basamakta alanında uzmanlaşmış bir hekime ihtiyaç duyulması ilk kez 1923 yılında Dr. Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir.[30] Peabody; Tıp bilimlerinde meydana gelen aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliği görüşünü savunmuştur Bu görüşü ilk yankısını 1952 yılında İngiltere'de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kuruşlu ile göstermiştir. Bunu takiben Amerikan Tıp Birliği'in 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan 'Aile Hekimliği' tanınmıştır. Bu gelişmelerle idari kabul aşamasını tamamlayan Aile Hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımının yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmıştır. Burada birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak aile hekiminin tanımı yapılmıştır.[3]

Dünyada yaşanan Aile Hekimliği-Genel Pratisyenlik alanındaki bu gelişmelerin Türkiye'deki yansıması "Toplum Hekimliği" olmuş ve 1960'lı yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanan "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" ile bütüncül hasta yaklaşımı ve genel pratisyenlik, basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmiştir.[31] Aile hekimliği kavramı ise Türkiye'de ilk kez 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüştür. Aile hekimliği o dönemde ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmemiştir. 1983 yılında ise dünyada 10 yıldır var olan aile hekimliği uzmanlığı, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınmış ve

Türkiye'de de aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Aile hekimliği uzmanlığının eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. İlk aile hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde aile hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır.[31] Aile hekimliğinin uzmanlık dalı olarak kabul ediliş süreci bu şekilde gelişmiştir.

Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında ise sosyalleştirmenin sağlık hizmetlerine yeterince yanıt vermediği, hastaların büyük bir kısmının birinci basamakta tedavi edilebilecek iken ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gittiği görüşleri ile birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar vermiştir.[32] Sağlıkta dönüşüm programı ile uygulanan bu aile hekimliği modelinde, aile hekimi; bütün aile bireylerini tanıyan, ailenin yaşam biçimini, konutunu, çalışma ortamını ve sağlık sorunlarını yakından bilen hekim olarak tanımlanmaktadır. Ailenin bütün bireyleri aynı kurumdan ya da hekimden koruyucu ve tedavi hizmeti görürler. Bu hekim, genellikle bir pratisyen hekim ya da genel pratisyen gibi çalışan bir uzman hekimdir. Bu uzman, "aile hekimliği" uzmanı da olabilir.[28]

Aile Hekimliği tanımı gereği basamaklandırılmış sağlık sistemlerinde birinci basamak örgütlenmesi içerisinde yer almak durumundadır. Birçok ülkede aile hekimleri ulusal sağlık sisteminin giriş noktası olan birinci basamakta görev yapmaktadır. Aile hekiminin uygulama alanı bireyin içinde yaşadığı topluluktur ve bu uygulama alanı yalnız ekonomik yönden değil fiziksel olarak da ulaşılabilir olmalıdır. Aile hekimine ulaşmak için gerekli olan bekleme zamanı başka yardım almayı gerektirecek ya da yardım almaktan caydıracak uzunlukta olmamalıdır. Sürekli bakımın hekimin yaşamında yarattığı olumsuz etkiler nedeni ile günümüzde grup pratiği tercih edilir olmuştur. Grup pratiği aile hekimlerinin ortak bir mekânda bazı hizmetleri ortaklaşarak

aldıkları ancak kendi hasta listelerine sahip oldukları bir uygulamadır. Hekimler bu uygulama ile ekonomik rahatlama sağlamakla kalmamakta ayrıca eğitim, sosyal gereksinimler, dinlenme gibi nedenlerle ayrıldıkları zaman birbirlerinin hastasının bakımını sürdürebilmektedirler. Bu uygulama hastaların da bu süreçte tanıdıkları ortamda ve nispeten bildikleri bir hekim ile bakımlarını sürdürebilmelerini sağlamaktadır. Uygulama alanına ilişkin bazı standartlar söz konusudur. Bu standartlar ülkeden ülkeye belirlenen görev tanımları ile değişse de ekip çalışması ve kayıt vazgeçilmez iki özelliktir.[29]

Aile hekimliği uygulamasına geçişi belirleyen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Düzce pilot il olarak belirlenmiştir ve ilk uygulama burada başlamıştır, uygulama daha sonra Türkiye geneline yayılmıştır.[5] Erzurum ilinde aile hekimliği uygulamasına 24 Kasım 2008' de geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması Sağlık Bakanlığı'nın 25 Mayıs 2010 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile en son şeklini almıştır. Bu yeni yönetmeliğe göre birinci basamak sağlık hizmetleri temel olarak Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde verilmektedir.[6]

Aile Sağlığı Merkezleri'nde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları görev yapmaktadır. Yönetmeliğe göre aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri şeklinde tanımlanmıştır. Bakanlık dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren, üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde herhangi bir suretle istihdam edilen, bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan ve yönetmelikteki fiziki ve teknik şartları temin eden hekimlere, kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine valiliklerce aile hekimliği yetkisi verilir. Yetkilendirme sonrası hizmete özel sözleşme ile göreve başlatılır.

Bu yönetmeliğe göre;

- Aile hekimi, Aile Sağlığı Merkezini yönetir, birlikte çalıştığı ekibi denetler ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
- Birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kayıtlı kişilere kapsamlı ve devamlı olarak vermek,
- Çalışma bölgesinde toplu olarak yaşanılan, cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi tabibi olmayan kurumlar varsa ve talep ederse, yerinde sağlık hizmeti vermek,
- Müdürlükçe belirlenen gezici hizmet bölgeleri varsa bu bölgelere gezici sağlık hizmeti vermek,
- Bağışıklama hizmetlerini yürütmek,
- Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışmak.
- Adli tıbbi hizmetleri yürütmek. (görev paylaşımına uygun olarak),
- Ölü muayenesi ve defin ruhsatı hizmetlerini yerine getirmek, (görev paylaşımına uygun olarak) şeklinde "Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları" belirlenmiştir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre, aile sağlığı merkezlerinin görevleri dışında kalan hizmetlerin verilebilmesi için il ve ilçelerde toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu yönetmeliğe göre Toplum Sağlığı Merkezi tanımı**;** bölgesinde sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini organize eden, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur şeklinde yapılmıştır.(6)

Toplum Sağlığı Merkezi'nin görevleri ise; İdari ve mali işler, kayıt ve istatistik, plan ve program yapma, üniversitelerle işbirliği, izleme ve değerlendirme, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, ulusal programlar, adli tıp hizmetleri, acil sağlık hizmetleri vermek, kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, afet hizmetleri, sağlığın

geliştirilmesi ve teşviki, sağlık eğitimi hizmetleri, toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri, sosyal hizmet çalışmaları şeklindedir.[6]

2.2. İş Doyumu İle İlgili Kavramlar ve Teoriler

2.2.1. İş doyumunun tanımı

İnsan, günlük yaşamının önemli bir kısmını işinde geçirmektedir, bu nedenle iş, yalnızca ekonomik açıdan değil, psikolojik açıdan da bireyin dünyasında önemli bir işleve sahiptir. İş, örgütsel ortamda belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, beraberinde kimi ilişkileri getiren ve ücret karşılığı girişilen mal ve hizmet üretme çabasıdır. Doyum ise duygusal bir tepki biçimidir.[22] İş doyumu; işin kapsamı ve iş ortamına karşı bireyin olumlu tutumlarının tümüdür. Çalışanların işlerinden duydukları hoşnutluk ya da hoşnutsuzluktur.[33]

İş doyumu, kişinin işine verdiği değer sonucunda ortaya çıkan pozitif duygusal bir durum olarak tanımlanmaktadır.[34] Schultz iş doyumunu, kişinin işine karşı, pek çok duyguyu ve tutumu içeren, psikolojik eğilimi olarak tanımlamaktadır.[35] Güney, iş doyumunu bir kurumda sağlam bir ortamın oluşturulmasının bir ölçüsü olarak değerlendirir ve kavramı çalışanların işlerinden duydukları hoşnutluk ya da hoşnutsuzluk olarak tanımlar.[36] Kutanis ise iş doyumunu, çalışanın işine karşı olan genel davranışları ve tutumları olarak tanımlar. Kutanis'e göre iş doyumu, çalışanın iç huzurunu ve rahatlığını içerir, çalışanın beklentileri ile elde ettikleri uyumlu ise doyumları artar.[37]

Locke'un iş doyumu hakkında kabul görmüş tanımına göre iş doyumu, kişinin işine ya da iş deneyimine biçtiği değer sonucu oluşan hoşa giden olumlu bir duygudur. Locke, iş doyumunun boyutlarını, işin kendisi, ücret, terfi, çalışma koşulları, işin sağladığı faydalar, çalışanın sahip olduğu değerler ve çalışanın yöneticisi ile ilişkileri olarak belirlemiştir.[38]

Fred Luthans'a göre iş doyumunun üç önemli yönü vardır. Bunlar:

a) İş doyumu, duygusal yönü ağır basan bir kavramdır, çünkü görülemez ve sadece hissedilebilir.

b) İş doyumu, genellikle çıktıların beklentileri ne derece karşıladığı ile ifadelendirilebilir.

c) İş doyumu, birbiriyle ilgili birçok tutumları da beraberinde getirir. Bunlar genellikle iş, ücret, terfi olanakları yönetim tarzı, çalışma arkadaşları vb. şeklindedir.(39)

2.2.2. İş Doyumu ile ilgili kuramlar

İş doyumunun nedenlerini ve etkilerini açıklamaya yönelik bazı kuramsal yaklaşımlar vardır. Tarihsel olarak birbirini izleyen bu kuramlar içerik ve süreç kuramları olarak iki grupta incelenebilir.

İçerik kuramları: Bu kuramlar, nelerin iş doyumunu güdülemeye yol açtığı konusunu incelemiştir. Bunlar: Maslow'un Gereksinimler Hiyerarşisi Kuramı, Frederick Herzberg'in Çift Etki Kuramı ve Clayton Alderfer'in ERG kuramıdır.(40)

İhtiyaçlar Hiyerarşisi (Gereksinim Sıradüzeni) kuramı: Maslow, insanı "gereksinme duyan bir varlık" olarak tanımlamış ve iş doyumunu, gereksinimlerin doyurulması ile bağdaştırmıştır. Maslow'a göre bireyleri doyum sağlamak üzere davranışta bulunmaya sürükleyen gereksinimleri, temel fizyolojik gereksinimlerden kendini gerçekleştirme gereksinimlerine kadar giden hiyerarşik bir yapı içindedir.(16)

Maslow"un hiyerarşik modeli beş sınıflandırmadan oluşur:

1. Fizyolojik ihtiyaçlar: Açlık, susuzluk, cinsellik, uyku, hava gibi doğuştan gelen ihtiyaçlardır.

2. Güvenlik ihtiyaçları: Tehlikeden uzak durma, emeklilik gibi insanın kendisini güvenlik içinde hissettiği ihtiyaçlardır.

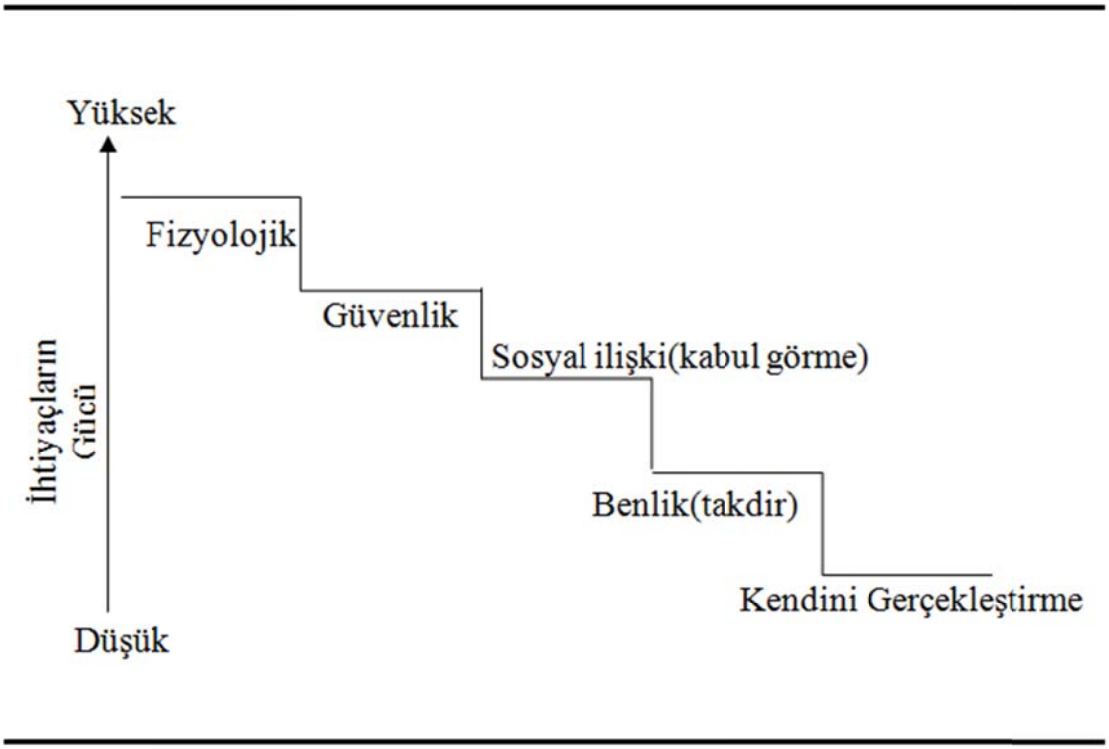
3. Sevgi ve aitlik ihtiyaçları: Birlik oluşturma, arkadaşlık kurma, dostluk gibi daha çok duygusal nitelikte olan ihtiyaçlardır.

4. Saygı ihtiyaçları: İnsanın kendisine duyduğu güven, başarı, bağımsızlık gibi ihtiyaçları ve başkalarının saygısı olarak, prestij, statü, tanınma gibi ihtiyaçlardır.

5. Kendini tanımlayabilme ihtiyacı: Yeteneklerini gerçekleştirme ve kendini geliştirme gereksinimleridir.(41)

Maslow'a göre, ihtiyaçlar hiyerarşisindeki bu ihtiyaçların tamamı karşılanmış olsa bile kişi, kendi yetenekleri ve gücüne uygun bir iş yapmıyorsa, sürekli olmasa da zaman zaman huzursuzluk ve memnuniyetsizlik yaşayacaktır. Bu ihtiyaçların en alt düzeyde olanları, genel olarak ekonomik davranış aracılığına dayanmaktadır. Çünkü insanlar fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarını gidermek için para kazanmak zorundadır.(42)

Maslow'un yaklaşımına göre, alt basamaktaki ihtiyaçlar giderilmedikçe (savaş vb. çok özel bir durum söz konusu olmadıkça) bir üst düzeydekine geçilemez. Diğer bir ifadeyle, insanlar hiyerarşik bir sıra içende aşağıdan yukarıya doğru ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırlar. Ancak bazı durumlarda bu gereksinimler tümüyle doyurulmadan da (şiddeti azaldığında) bir üst basamaktaki ihtiyaç kendini hissettirebilir.(43) Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi Şekil 1'de daha net biçimde görülmektedir.(44)



Şekil 1.Maslow un ihtiyaçlar teorisi

Maslow un bu teorisini. Shenider ve Alderfer hiyerarşi fikrinin deneysel olarak sağlanmasının güç olduğunu belirterek eleştirmişlerdir. Urban ise, Maslow"un insan doğasının gizlerini açıklama çabalarının kültürel bağlamdan uzak olduğunu aktarırken,

gereksinim hiyerarşisinin yaşamın iş ve boş zaman, aile ve iş yaşamı, özel ve kamusal olarak bölümlenmiş olduğu modern sanayi toplumunda bir inanılırlık taşıyabileceğini ancak bu hiyerarşinin tarih boyunca her kültüre uygulanmasının yanlış olduğunu belirtmektedir.(45)

Örgütsel bazda iş doyumu ele alındığında Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin örgütlere uyarlaması Tablo-1.'de verilmiştir.(46)

Tablo 1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinin Örgütlere Uygulanması

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinin Örgütlere Uygulanması		
İhtiyaçlar Düzeyi	**Genel Doyum Etkenleri**	**Örgütsel Etkenler**
Fizyolojik	Yeme, içme, uyku	Ücret, ödemeler, iyi çalışma ortamı
Güvenlik	Rahatlık, güvenlik, devamlılık, desteklenme	Güvenli çalışma şartları, örgütsel olanaklar, iş güvenliği
Sosyal ilişki	Sevgi, iyi ve sıcak ilişkiler, ait olma	Beraber iyi çalışan gruplar, arkadaşça denetim, profesyonel ilişkiler
Benlik(takdir)	Kendine güven, kendine saygı, prestij, statü	Sosyal tanınma, unvan, yüksek statülü iş, işten alınan geri besleme
Kendini Gerçekleştirme	Gelişme, ilerleme, yaratıcılık	Anlamlı bir iş, yaratıcılık için olanaklar, işte amaçlara ulaşma, örgütte ilerleme

Frederick Herzberg'in çift etki kuramı: Herzberg ve arkadaşlarınca geliştirilen bu kuramın en önemli tarafı, gereksinimler belirlenirken bunun varsayıma dayanmaması, yani bir araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda sınıflandırılmasıdır. Herzberg ve arkadaşları 28.000 çalışanda elde ettikleri verileri sınıflandırarak iki faktör kuramını geliştirmişlerdir.

Bu kuramda, insanların içsel durumları yerine; insanların çalışma yaşamında elde etmek istedikleri amaçlarla, kaçınmaya çalıştıkları etmenler sıralanmıştır. Herzberg ve arkadaşları araştırmada 200 kadar mesleki-teknik iş görenlerle yüz yüze görüşerek bir takım etmenler çıkartmışlardır. Bunlardan bazıları doyuma, bazıları da doyumsuzluğa yol açmaktadır. Bu yaklaşıma göre, bazı iş şartlarının elverişsiz olması çalışmalarda doyumsuzluğa neden olurken, bu şartların iş görenlerce istendik düzeyde olduğunun algılanması iş doyumunu artırıcı olmaktadır. Herzberg'in hijyen etmenleri

adını verdiği koruyucular, yani işle doğrudan ilgisi olmayan çevreyle ilgili faktörler; ücret, kişiler arası ilişkiler, çalışma şartları, işletme yöntemi ve politikalar ile gözetimdir.(47) Bu kuramda kişinin gereksinimlerinin davranışını yönlendirdiği varsayılır. Herzberg (1966) tarafından geliştirilen bu kuramda, kişilerin işyerlerinde yaşadıkları ve kendilerinde olumlu-olumsuz duygular yaratan olayların anlatılması istenilerek, doyuma ve doyumsuzluğa yol açan etmenler saptanmaya çalışılmıştır.(48)

Bu kurama göre doyuma yol açan etmenler içseldir ve güdüleyiciler adını alır:

Başarı Tanınma İşin kendisi Sorumluluk İlerleme	Güdüleyiciler (Çalışanları maksimum iş performansını güdüleyen özellikler)

Doyumsuzluğa yol açan etmenler ise dışsaldır ve koruyucular adını alır:

Yönetim Gözetim Çalışma koşulları Ücret Arkadaş ilişkileri	Koruyucular, hijyen faktörleri (gerçek gereksinimlerinin dışında kalan özellikler)

Herzberg, doyurulmamış hijyen faktörlerinin bir işte doyumsuzluğa neden olacağını ileri sürer. Fakat tüm hijyen faktörlerinden doyum sağlansa da çalışanların motive olacaklarını iddia etmemektedir. Herzberg, motive edicileri tatmin olmuş kimselerin motive olmuş çalışanlar olacağı sonucuna varmıştır. Sonuç olarak, "hijyen" ve "motive ediciler" olmak üzere ikiye ayrılan faktörler birbirlerinden bağımsız olarak var olabilirler.(49)

Herzberg çalışanların iş doyumunu ve verimliliğini arttırmak için güdüleyiciler üzerinde durmuştur. Çalışanlara işlerinde daha çok üstünlük verilmesini öngören bu

yaklaşıma "İş Zenginleştirme" demiştir. Herzberg iş zenginleştirme için şu yöntemleri önermiştir.

1. Çalışanın özerkliğini, özgürlüğünü ve sorumluluğunu arttırma yönünde bazı yönetsel kontrollerin kaldırılması.

2. Çalışanın, işin bir parçasını yapmasındansa bütününü yapması.

3. Çalışanın, kendi verimlilik ve performans hakkında sürekli ve dolaysız geribildirim alması.

4. Çalışana yeni ve zorlayıcı görevler verilerek bir konu hakkında uzmanlaşmasının sağlanması.(50)

Bu teoriye yapılan eleştiriler iki kategoride gruplandırılmıştır:

1. Çift faktör teorisi temelde kusurludur, çünkü teorideki belirsizlik ve öznellik yetersiz uygulamalarla sonuçlanmaktadır.

2. Herzberg'in deneyi bilgi temelli profesyonellerle sınırlıdır ve bulgular bütün iş gücüne genellenemeyebilir.(51)

Clayton Alderfer'in ERG kuramı: Clayton Alderfer, Maslow ve Herzberg çalışmalarından sonra onların teorilerini geliştirmiş ve kendi kuramını oluşturmuştur. ERG Kuramı, İngilizce var olma (Existance), aidiyet (Relatedness) ve gelişme (Growht) sözcüklerinin baş harfleri kullanılarak isimlendirilmiştir.(52)

Temel olarak Alderfer, Maslow'un beş ayrı düzeydeki teorisini üçe indirmiştir. Sonuç tüm bireylerin takip ettikleri üç temel ihtiyaca sahip olmalarıdır.

1. Var olma ihtiyaçları (Maslow'un iki alt düzey kategorilerinin birleşimi): Maslow'un fizyolojik ihtiyaçları, maddi ve maddi olmayan ödüllendirme ile cezalandırma ve iş koşullarını kapsamaktadır. Her seviyedeki ihtiyacın bir kısmı doyurulunca daha fazlası arzu edilir. Örneğin, işe ilişkin var olma ihtiyaçları doyurulunca (örneğin ücret), daha fazlası istenir.

2. İlişki ihtiyaçları (Maslow'un sosyal ve kabul görme kategorilerinin birleşimi): Alt düzeydeki ihtiyaçlar daha fazla doyurulunca, daha üst seviyedeki ihtiyaç artar. Örneğin, birey var olma ihtiyacı (ücret) çok fazla doyurulunca, beraber olma ihtiyaçlarına duyulan istek (örneğin kişiler arası ilişkilerde doyum) artar.

3. Gelişim ihtiyaçları (Maslow'un kendini gerçekleştirme kategorisi): Bu ihtiyaç grubu da Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde en üst düzeyde yer alan kendini gerçekleştirme kategorisine karşılık gelmektedir. Üst düzeydeki ihtiyaçlar az doyurulursa alt düzeydeki ihtiyaçlara daha fazla istek duyulur. Örneğin, gelişme ihtiyaçları az doyurulduğunda (işe hakimiyet gibi) beraber olma ihtiyaçlarına (örneğin kişiler arası ilişkilerde doyum) olan istek artacaktır.[51,53]

Süreç Kuramları: Süreç kuramları daha çok güdüsel sürecin nasıl işlediğini incelemektedir.[54] Bu kuramlar davranışın başlangıcından sonuna kadar olan faaliyetlerdeki değişkenleri açıklar. Süreç kuramları içerik kuramlarının aksine insan ihtiyaçlarını gidermede kullanılan ve araç olarak nitelendirilebilecek bir takım dışsal faktörler (ödüller) üzerinde yoğunlaşmışlardır. Beklenti, denklik ve amaç-saptama olmak üzere üç temel süreç kuramı vardır

Vromm'un Beklenti kuramı: Beklenti kuramı, çalışanların motivasyonunu beklenen ödüllerle açıklamaya çalışır. Vromm teoriyi ayrıntılı bir biçimde ilk kez iş çevresine uyarlayan araştırmacıdır.[39]

Teoride üç ana kavram bulunmaktadır.

- Beklenti, çabanın belli bir iş başarımına ulaştırma olasılığı olup, birinci düzeydeki iş sonuçlarına ilişkin çabalardır. Belirli bir davranışının sonucunun önceden hayal edilmesidir.
- Araçsallık, ikinci düzeydeki iş sonuçlarına ulaşmak için birinci düzeydeki iş sonuçlarının kullanımıdır. Birinci ve ikinci düzeydeki iş sonuçlarıyla ilgilidir. Bir bireysel davranış ile onun uzantısındaki hedeflerin bütünleşmesi durumu ve bunun o davranış üzerinden gerçekleşme derecesidir.
- Çekicilik, iş görenin belirli bir ödülü isteme derecesidir. Ödülün iş görenin gözündeki değeridir. Çekiciliğin pozitif olabilmesi için iş görenin ödülü istemesi gerekir. Eğer ödülün varlığı veya yokluğu önemsiz ise çekicilik sıfırdır. Ödüle ulaşmak tercih edilmez ise çekicilik negatiftir.[55]

Özetle, beklenti kuramına göre bireyin bir sonuç için istekli olması ve göstereceği çaba ile sonuca ulaşacağı beklentisi onu, o sonucu elde etmeye (yüksek performans göstermeye) yöneltecek ve doyuma ulaşmasını sağlayacaktır. Tersi ise, bireyin doyumsuzluğuna neden olacaktır. Örgütsel açıdan düşünüldüğünde verimli

çalışmayı sağlamak ve iş doyumunu artırmak için iş görenlerce hedeflenen amaçları iyi bir iletişim ve ödülle artırmak ve buna ek olarak da iş görenlerin geçekten arzulanan sonuca ulaşabileceği beklentisini güçlendirmek gerekmektedir.(48)

Denklik (Eşitlik) kuramı: Çalışanların bir örgütten alınan ödüllerin adaletine ilişkin duygularıyla ilgili olan Eşitlik Teorisi (Denklik Teorisi) J. Stacy Adams tarafından geliştirilmiştir. Eşitlik teorisi, çalışanların kendilerini benzer pozisyonlarda ve benzer şekilde işe katkıda bulunan (eşit çaba, eşit düzeyde eğitim, bilgi, tecrübe, yetenek vb.) diğer çalışanlarla işin karşılığında elde ettikleri ödüller (ücret, çalışma koşulları, primler, ikramiyeler, terfi vb.) açısından karşılaştırdıklarını öne sürmektedir. Bu karşılaştırmanın sonucunda, eğer diğer çalışanlarla eşit ödüller elde ettiklerine karar verirlerse işlerinden doyum alacaklarını, eşit ödüller elde etmediklerine inanırlarsa iş doyumsuzluğu yaşayacaklarını öne sürmektedir.(56)

Eşitlik teorisinin dört temel kavramı bulunmaktadır:

- Kişi: Eşitliği ya da eşitsizliği algılayan kişidir,

- Diğer Kişi: Ödül ve katkı anlamında karşılaştırma yapılan kişidir,

- Ödüller**:** Kişinin çalışması karşılığı elde ettiği, ücret, yan ödemeler, statü, iyi çalışma koşulları gibi ödüllerdir,

- Katkılar: Kişinin işine taşıdığı eğitim, zekâ, deneyim, yetenek emek gibi bireysel özelliklerdir.

Bu güdüleyici kuramın diğer güdü kuramlarından en önemli farkı; iş doyumunu etkileyen faktörlere yalnız bazı etmenleri eklemekle kalmamış olmasıdır. Diğer bir ifadeyle, iş görenin doyum ya da doyumsuzluklarında bireylerin katkıları ya da örgütün onlara ne sağladığına dikkat çekmek yerine bu tip olaylarda bireylerin bilişlerinin ne olduğuna ve iş doyumunun aynı zamanda bilişsel bir süreç olduğuna dikkat çekmesidir.(57)

Porter-Lawler kuramı: Porter ve Lawler (1968) tarafından geliştirilen bu modele göre, iş doyumu performans ve adil olarak verilen ödüllerle ilgili olmaktadır. Bireyin işte göstermiş olduğu performans ödüllendirilmekte ve ödüller doyuma yol açmaktadır. Bu ödül, doyum ilişkisi bireyin adalet algısı tarafından düzenlenmektedir. Birey kendi çabaları sonucunda aldığı ödülü diğer bireylerin çaba ve ödülleri ile

kıyasladığında kendisine adil davranılmadığını düşündüğünde iş doyumsuzluğu ortaya çıkmaktadır. Porter ve Lawler, ayrıca örgütlerde bireylerin güdülenme, çaba ve başarısını olumsuz biçimde etkileyen rol çatışmalarının bulunduğunu belirtmektedir. Rol çatışmaları, örgütlerde görev tanımlarının iyi yapılmadığı, yetki ve sorumlulukların açıkça belirlenmediği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Rol çatışmalarının en az olduğu örgütlerde güdülenme kolaylaşmaktadır.(58)

Porter ve Lawler modelinin yöneticiler için önemi çok büyüktür. Modelden türetilen aşağıdaki kontrol listesi başarılı yöneticilere şu tavsiyelerde bulunur.(59)

a. Değer ifade eden ödüller teşvik edin

b. Çabaların ödüle ulaştıracağını hissettirin

c. Çabaların yüksek performans sağlayacağı şekilde işleri düzenleyin

d. Nitelikli kişileri istihdam edin

e. Görevlerini doğru olarak yerine getirecek şekilde eğitin

f. Performansı ölçebilecek şekilde görevleri düzenleyin

g. Performans sağlayacak şekilde ödül sistemleri tasarlayın

h. Ödüllerin adil ve hakkaniyete uygun olarak görülmesini sağlayın

2.2.3. İş Doyumunu oluşturan faktörler

İş doyumunu oluşturan faktörler, bireysel faktörler ve işin kendisinden kaynaklanan faktörler olarak iki grupta incelenebilir.

İş doyumunu oluşturan bireysel faktörler: Cinsiyetin iş doyumu ile ilişkisini inceleyen araştırmalar birbirleriyle çelişkili sonuçlar göstermektedir. Bu nedenle cinsiyetin iş doyumunda etkili olduğu kesinlik kazanmamıştır.(60) Cinsiyet ve iş doyumu ile ilgili yapılan araştırmaların bazılarında erkeklere göre daha kötü koşullar altında çalışan kadınların işlerinden daha çok doyum elde ettiklerini göstermiştir. Diğer yandan kadınların iş doyumlarının daha düşük olduğunu belirten araştırmalarda, bu sonuç kadınların eşlik ve annelik rollerinin öncelikli olması sebebiyle çalışma yaşamında üst düzey gereksinimlerin gidermeyi amaçlamaması ve işlerin parasal ya da fiziksel ödüllerinin onlar için daha önemli olmasına bağlanmıştır.(61)

Çalışma hayatına yeni atılan, iş tecrübesi olmayan kişilerin gerçekçi olmayan beklentileri de olabilmektedir. Bu kişiler çalışma koşullarının daha üst düzeyini hayal eder, dolayısıyla işlerinden olan beklentileri bu dönemde çok fazla olur. Ancak zamanla beklentilerinin o an gerçekleşmeyeceğini gören çalışan tatminsizlik duygusuna kapılır. Genç ve tecrübesiz çalışanların ilk yıllarda iş doyum düzeyinin çok düşük olduğu, ancak yıllar ilerledikçe düşük olan bu düzeyin yükseldiği görülmektedir.

Yaşın iş doyumuna etkisi konusunda farklı görüşler de bulunmaktadır. Bazılarına göre çalışmaya erken yaşta başlayan gençlerde iş doyumu otuz yaşlarına doğru düşmekte daha sonra yaş ilerledikçe çalışma yaşamının sonuna kadar yükselmektedir.(62) İnsanların yaşlandıkça deneyim nedeniyle uyumlarının arttığı, böylece işlerinden daha doyumlu oldukları belirtilmiştir. Genç yaşlardaki insanların yükselme ve iş koşullarına ilişkin aşırı beklentileri olması ya da iş seçimi ve iş güvencesine ilişkin kuşkularının bulunması nedeniyle, işlerinden daha az doyum sağladıkları savunulmaktadır.(63)

Bilişsel yetenekler iş doyumu için her zaman anlamlı bir gösterge olmayabilir, ancak işin türüne göre önemli olabilir. Pek çok iş için yüksek iş performansı ve yüksek iş doyumu zeka ile bağlantılıdır. Oldukça zeki olan insanlar kendi işleri için yetersiz olabilirler ve bu durum iş doyumsuzluğuna ve can sıkıntısına neden olabilir. İşleri daha yüksek zeka düzeyi gerektiren insanlar, engellenmişlik duygusu yaşamaya başlayabilirler, çünkü işin gereklerini yerine getirmeye güçleri yetmez. Eğitim düzeyi zekâyla ilgili bir faktördür. Bazı çalışmalarda eğitimle iş doyumu arasında olumsuz bir ilişki bulunmuştur. Daha yüksek formal eğitim düzeyine sahip bir bireyin işinde doyumsuzluk yaşaması daha muhtemeldir. Bu durumun bir açıklaması; daha iyi eğitime sahip olan kişilerin beklenti düzeylerinin daha yüksek olması ve işlerinin kendilerine daha fazla performans sergileme olanağı ve sorumluluk sağlayacağına inanmalarıdır. Çoğu iş de onların bu beklentilerini karşılamamaktadır.(35)

Kişilik, insanların önemli bireyselliklerini seçmelerine yardım etmektedir. Araştırmalara göre işlerine daha iyi uyum sağlayan ve duygusal dengesi daha iyi olan çalışanların iş doyumları daha yüksek olmaktadır. Kişiliğin birçok yönleri, insanların örgüt içindeki davranışların da kendisini göstermektedir. Bireyin davranışları, onun içinde yaşadığı ortam ve çevresindeki bireyler arasındaki sürekli etkileşim sonucu

oluşması nedeniyle bireyin kişiliği iş çevresinden etkilendiği gibi aynı zamanda birey kişiliği ile iş çevresinin etkilemektedir.(64)

Bireyin içinde doğup büyüdüğü ve yaşamaya devam ettiği sosyo-kültürel çevrenin, bireye kazandırdığı tutum ve değerler açısından işe karşı tutumlarını etkileyebileceği düşünülmüştür. Kentsel kesimdekilerin daha az çaba gerektiren kolay işleri tercih ettikleri, kırsal kesimde yaşayanların ise tam tersi bir tutum içerisinde oldukları araştırmalar sonucunda gösterilmiştir.(65) Çalışanların işe ilişkin beklentisinin olmayışı, iş ile duygusal bağını azaltacak ve iş doyumu duygusunu da arka plana itecektir.(66)

İş doyumunu oluşturan iş ve iş ortamına bağlı nedenler: İş hakkındaki toplumsal düşünce doğrudan iş doyumunu etkileyen faktörlerdendir. Her kültür veya alt kültürün yarattığı idealler olduğu gibi, çalışanların yapmak istemeyecekleri, yapmayı hayal etmedikleri işler de vardır. İşin yapısal özelliği de doyumu etkileyen faktörlerdendir. İşin zorluk derecesi iş doyumunu genellikle olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir.(67)

Bir işte tek düzelik var ve çeşitlendirme az ise, çalışanlar işinden sıkılır ve hemen yorgunluk meydana gelir. Bu durum başarma, yeteneklerini kullanma ve yeniliklere açık olmaya imkân tanımadığından çalışanda doyumsuzluğa yol açacaktır.(34)

Çalışanların yaptıkları işten doyum sağlamalarında en önemli faktörlerden bir tanesi de ücrettir. Çalışanın işe karşı tutumunu, aldığı ücretin yeterliliği, alması gerekene oranla normalliği ve ihtiyaçlarını karşılama derecesi de belirleyecektir. Şayet birey ücretini yeterli buluyor ve maaşının gereksinimlerini karşılama düzeyini yeterli görüyorsa, işe karşı tutumu olumlu yani işinden doyumlu aksi takdirde olumsuz tutum içerisinde olacaktır.(34) Bireyin maddi doyumsuzluğu performansını düşürmekte, istifa ve devamsızlık ihtimalini artırmakta ve işin tümünden duyduğu doyumsuzluk seviyesini yükseltmektedir.(68)

Çalışanlar bulundukları iş yerinde sistemli bir ilerleyiş içinde olmayı beklerler. Bu doğrultuda; tecrübesi, deneyimi ve bilgileri artan bir çalışan, sorumluluğunun da artmasını bekleyebilir. İşletmelerin terfi uygulamalarını adil bir şekilde yapması ve terfi etmeye yönelik fırsatların olması iş doyumuyla yakından ilişkilidir. Çünkü terfi, kişinin başarılı olduğunun ve ileride başarılı olacağının tahmin edildiğinin bir göstergesidir.

Ayrıca terfi beraberinde statü ve maaş artışı da getirir.[56] Meslek düzeyi ile iş doyumu arasında tutarlı bir ilişki bulunduğu bilinmektedir. Toplumsal açıdan daha yüksek düzeyli mesleklerde daha yüksek iş doyumu görülmüştür.[63]

Adil bir sistem doğrultusunda çalışanların ödüllendirilmesi iş doyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Eğer iş yeri oluşturacağı gerçekçi bir başarı değerlendirme sistemi sonucu başarılı olanları ödüllendirirse ödülü hak edenlerin iş doyumu artacaktır.[66]

Eğer iş yerindeki ödül sistemleri eşitlik gözetmiyorsa çalışanlar büyük bir olasılıkla işlerinden doyum duymayacaklardır. Yapılan araştırmalar ödüllerin eşit şeklide dağıtılmadığı durumlarda bu durumun çalışanlar açısından önemli bir doyumsuzluk nedeni olduğu gerçeğini ortaya koymuştur.[34,69] Maaş, yıllık izin, sağlık sigortası, belirli mesai saatleri vb. sosyal haklara sahip olduğunu ve bunların her durumda güvence altında olduğunu bilmek çalışanlar için çok önemlidir. Günde kaç saat çalışacağını, artı çalışma saatleri karşılığında mesai ücreti alacağını, hastalandığında ya da herhangi bir iş kazasına maruz kaldığında masraflarının karşılacağını, maaşını gününde alacağını bilmek, çalışanın huzurlu bir biçimde çalışmasını sağlar. Bu da iş doyumu açısından çok önemlidir.[70]

Çalışanlar ısısı, nemi, havalandırması, ışığı, sessizliği, rahatlığı, tehlikesiz oluşu yönlerinden çalışmaya elverişli koşulları olan işyerlerini tercih etmekte ve bunlara yüksek değer vermektedir. Ayrıca çalışanların çoğu işyerlerinin evlerine yakın, çalıştıkları binanın temiz, işleri için gerekli araç-gereçlerin uygun ve kullanılabilir olmasını istemektedirler. Bireylere bu olanakların sağlanması,doyum için gerekli görülmektedir.[71]

Çalışanın beklentilerinin karşılanmasında ve iş doyumunun sağlanmasında örgütün çalışana sunduğu örgütsel olanaklar belirleyici rol oynamaktadırlar. İş ortamına bağlı çalışan doyumu örgütün çalışana sağladığı faktörlerin bileşkelerine karşı çalışanın tutumudur. İş doyumunu etkileyen kişisel özelliklerde olduğu gibi, örgütsel özelliklerde de çalışan doyumunu ayrı ayrı örgütsel özellikler değil, genel bütün değişkenlerin etkileşimi sonucunda oluşan bileşke etkiler.[63]

Kişinin çalışma arkadaşlarına ve çalıştığı gruba kendini ait hissetmesi iş doyumu düzeyini de etkilemektedir. Çalışma arkadaşları kişinin genellikle çevresinde bulunurlar

ve bu kişilerle benzer işler yaparlar. Kişinin çalışma arkadaşlarıyla bazı ortak yanları da bulunmaktadır (örneğin eğitimleri). Çalışma arkadaşları, kişinin iş doyumunu kişi işinde ya da örgütte yeni olduğunda özellikle güçlü bir şekilde etkilemektedir. Çalışan işe yeni başladığında işle ilgili deneyimleri sınırlıdır ve neleri yapması neleri yapmaması gerektiğini bilmemektedir. Çalışma arkadaşları bu nedenlerle çalışanların iş doyumunu etkilemektedir[72]. Bir örgütte çalışan tutumlarını etkileyen önemli unsurlardan biri de iletişim ağıdır. Bir yerde tüm örgüt ilişkileri iletişime bağlıdır. Örgütsel ortam boyutları olan güven, bilgi, hareketlilik, etkileşim isteği, iş yükü yanı sıra iletişimin her türü örgütsel ortam boyutları arasındadır. Çalışan eğer örgüt içi iletişimden memnun ise örgütün psikolojik ortamına karşı da olumlu duygulara sahip olacaktır.(65)

Amirin olumlu tutumu, çalışanına değer vermesi ve ikisi arasındaki olumlu ilişkiler, bireyin işinden tatmin duymasına neden olan bir diğer etmendir. Astları için savaşım veren bir gözetimci yalnızca etkili kalmaz, aynı zamanda işçilerinin iş doyumuna da büyük katkıda bulunur, üstleri tarafından takdir edildiğinde, çalışanların iş doyumlarının arttığını tespit etmişlerdir. Ayrıca çalışanlar çalıştıkları firmada neler olup bittiğini bilmek isterler. Yönetim ve amirler tarafından bilgilendirilmek, çalışanlarda güven duygusunu arttıracak ve kendisini o kurumun bir parçası olarak hissetmesine neden olacaktır.(73,74,75) İşin fiziksel şartları bir iş doyumu nedenidir. İşin çalışan için tehlikeli olması, iş ortamının aşırı soğuk veya sıcak olması gibi değişkenler iş doyumunu etkilemektedir. Çalışma koşulları hem kişisel rahatlık hem de işi iyi yapma açısından önemlidir. Yapılan araştırmalar, çalışanların tehlikesiz ve rahat fiziksel ortamlardan hoşlandıklarını ortaya koymaktadır.(66)

Çalışanların bulunduğu işyerine uyumu, verimliliği olumlu yönde etkileyecektir. Çünkü kişi örgütle uyum içerisine girince, örgütün amaçları ve araçlarını benimseyecektir. Çalışan, işyerinin amaçlarını ne ölçüde benimserse, bu durum amaçların gelişmesine de o ölçüde katkıda bulunacaktır. İşi yavaşlatma, bölüm veya gruplar arası dengenin bozulması şeklinde görülebilecek bazı aksamalar yok edilecektir. İşyerinde verimlilik ve etkinlik artacaktır. Ayrıca, yöneten ve yönetilenler grubunun işyerinde beklentilerini elde etmesi sonucu bu gruplar arasında uyum görülecektir ve bunların sonucu olarak iki grup arasında sürtüşme ve çekişmeler minimum düzeye inecek, işyerinin sürekliliği sağlanacaktır.(76)

2.2.4. İş doyumu sağlanmasının iş ortamına sağladığı faydalar

-Yüksek moral sağlanması: İyi motive olmuş ve iş doyumuna ulaşmış çalışanlar daha yüksek morale sahip olurlar ve bunun neticesinde iş yerine olan yararları artar. Çalışanın moralinin yüksek olması, çalışanlar ve çalışma düzeni üzerinde şu olumlu etkileri yapar:

- Morali iyi olan bir kişi görevlerini enerji ve coşkuyla yerine getirir.
- İş görenler, çalışmaya daha istekli olur.
- Çalışanlar, işyerinin güç durumlarında, olağanüstü çaba gösterirler.
- İş görenlerin çalışma arzusu yüksek olur.
- Çalışanlar, yönetmeliklere, iş kurallarına ve emirlere isteyerek uyarlar ve iyi bir disiplin kurulur.
- Çalışanlar işyerinin hedefleri doğrultusunda iş birliği isterler.
- Çalışanlar yöneticilere ve işyerine karşı bağlılık duyarlar
- Yüksek moral, işgücü devri ve devamsızlık üzerinde de olumlu etkiler yapar yüksek moral personel devir hızı ve devamsızlığı azaltır. Buna bağlı olarak katlanılan maliyet de azalır.(77)

Çalışanların işlerine bağlanması: Çalışanların işlerini tam anlamıyla benimseyebilmeleri ve kendilerinden istenen verimin sağlanabilmesi, işinde isteyerek ve zevkle çalışabilmesi için bazı koşulların varlığı gereklidir. Çalışan yaptığı işten ekonomik, sosyal ve psikolojik doyumu sağlayabilmelidir. İşletme yöneticisi bu duyguları tattırabilmelidir. Bu durumun sonucu çalışanın işyerine karşı olan bağlılık ve motivasyonunun sağlanması büyük ölçüde kolaylaşacaktır.(77)

İşyerinde bütünleşme sağlanması: Çalışanların bulunduğu işyerine uyumu, verimliliği olumlu yönde etkileyecektir. Çünkü kişi örgütle uyum içerisine girince, örgütün amaçları ve araçlarını benimseyecektir. Çalışan, işyerinin amaçlarını ne ölçüde benimserse, bu durum amaçların gelişmesine de o ölçüde katkıda bulunacaktır. İşi yavaşlatma, bölüm veya gruplar arası dengenin bozulması şeklinde görülebilecek bazı aksamalar yok edilecektir. İşyerinde verimlilik ve etkinlik artacaktır. Ayrıca, yöneten ve yönetilenler grubunun işyerinde beklentilerini elde etmesi sonucu bu gruplar arasında uyum görülecektir ve bunların sonucu olarak iki grup arasında sürtüşme ve çekişmeler minimum düzeye inecek, işyerinin sürekliliği sağlanacaktır.(77)

2.2.5. İş doyumu sağlanamadığında ortaya çıkacak olumsuzluklar

Bireysel açıdan: Örgütte kendisini etkileyen kararların alınmasında söz hakkına sahip olmayan ve başkalarının amaçlarına katkıda bulunan bir araç niteliği taşıyan örgütsel insan, günümüzün toplumlarında kendi kendisine, örgüte ve giderek topluma yabancılaşan bir insandır. Çalışana yaratıcı ve yapıcı gücünü ortaya koyacak bir ortam yaratılmalıdır. Böyle bir ortam, ancak çalışanın kendisini etkileyen ve ilgilendiren konularda kararlara katılması yoluyla sağlanabilecektir. Çalışan çalıştığı iş yerinde bedensel gücünü ortaya koyarken, aynı zamanda düşünsel gücünden yararlanıldığını görmekle ise ve işyerine karşı yabancılık duygusundan kendisini büyük ölçüde kurtaracak, yaptığı iş anlam kazanacak ve işyerinin amaçları ile daha kolay bütünleşecek, yabancılaşma duygusu ortadan kalkacaktır. İşyerinde yaptığı işin çalışana anlamsız gelmesi, sorunların yönetimce gereken biçimde ve zamanında ele alınmaması, yönetimce alınan kararların çalışana gereği gibi anlatılmaması gibi olaylar sonucu çalışan işyerinden kendini uzak tutmakta ve bezginlik göstermektedir. Ayrıca beklentilerine ulaşamayan çalışan, işyerinde tepkisini çocuksu bir davranış biçimine dönüştürebilmekte, örneğin surat asabilmekte veya ağlayabilmektedir. Bundan da öte, beklentilerine ulaşamama bazı çalışanlarda saldırganlık davranışının ortaya çıkmasına yol açar. Saldırganlık dışarıya karsı bir harekettir. Kişiye ya da eşyaya eylemli veya sözlü saldırı biçiminde ortaya çıkmaktadır.(78).

İşletme açısından: Nasıl insanda açlık duygusu "mide sancısı" veya "halsizlik" biçiminde kendini gösterirse, bozuk moralde kendini düşük doyum, işi yavaşlatma, geçimsizlik, hırçınlık gibi şekillerde kendini gösterir. Düşük doyum büyük bir olasılıkla, personel devir hızının yüksek olması sonucunu da doğurur, bu da yetişmiş iş gücünün kaybı demektir. Şu halde özet olarak, düşük moral seviyesinin işyerine verebileceği zararları şu şekilde açıklayabiliriz: iş görenin düşük morale sahip olması sonucu iş yavaşlatmalar, iş durdurmaları, aşırı ölçüde devamsızlık ve gecikmeler çalışan devir hızındaki yükseklik, iş veriminde düşmeler, iş ilişkilerinde olumsuzlaşmalar, çalışanlar arasında geçimsizlik, iş kurallarına ve iş emirlerine uyumsuzluk durumları ortaya çıkar.(79)

Çalışanlar birçok hallerde, kendilerini çok az veya hiç katkıları olmayan bir düzen içinde kendilerini bulmaktadırlar. Bu yeni çalışma düzeni çalışanlar arasında

huzursuzluklara ve kendilerinden oluşan direnmelere yol açmaktadır. Bu protesto bazı hallerde yüksek oranda ortaya çıkan devamsızlık, işe geç gelme, emirlere uymama, işin yavaş ve düşük kalitede yapılması şeklinde kendini göstermektedir. Ayrıca işinden memnun olamayan çalışan işyerindeki işinden çok işyeri dışındaki dünyası ile ilgilenecektir. İşine yeterince ilgi duymayan çalışan iş kazalarına daha çok yatkın olmaktadır çünkü kazaların bireyin psikolojik ve fiziksel durumlarıyla ilişkisi bulunmaktadır.[78,79,80]

2.3. Tükenmişlik Sendromu ile İlgili Kavramlar ve Görüşler

2.3.1. Tükenmişlik kavramı

Tükenmişlik, insanlarla temas gerektiren işlerde çalışan bireyler arasında ortaya çıkabilen bir duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişisel başarıda düşme (reduced personal accomplishment) sendromudur. Özellikle sıkıntılı ya da sorunlu zamanlarda diğer insanlarla fazla temas sonucu ortaya çıkan kronik zorlanmaya bir tepkidir. Bu nedenle, iş stresinin bir tipi olarak düşünülebilir.[81]

"Tükenme" terimi ise ilk kez 1974'de Freudenberger tarafından kullanılmıştır. Herbert Freudenberg tükenmişlik kavramını enerji, güç ve kaynaklar üzerindeki aşırı talepten dolayı tükenmeye başlamak olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik öznel olarak yaşanan, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan fiziksel yıpranma, çaresizlik, ümitsizlik duygusu, hayal kırıklığı, olumsuz bir benlik kavramının gelişmesi, işe, iş yerine ve yaşama karşı olumsuz tutumların gelişmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanabilir. Maslach ise tükenmeyi "kişinin işinin özgün anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götürdüğü insanlarla artık gerçekten ilgilenemiyor olması" biçiminde tanımlamıştır. İş ortamındaki stres, günlük iş taleplerinin bir parçası olarak kabul edilirken, söz konusu iş talepleri ile birey kendini ortaya koyma fırsatı bulamazsa ve desteklenmezse, bireyin uzun süreli stres yaşamasına neden olarak tükenmişliğe dönüşebilmektedir.[82]

Tükenmişlik, örgüt ve birey açısından ağır ve ciddi sonuçları beraberinde getireceği için önlenmesi gereken bir durum olarak kabul edilmektedir.[83] İşe ilişkin stres ve tükenmişlik her türlü meslekte görülebilmektedir. Ancak insanlara doğrudan

hizmet veren ve yardımı amaçlayan hekimlik, polislik, hemşirelik, psikolojik danışmanlık, öğretmenlik vb. gibi mesleklerde daha çok rastlanılan bir durumdur.(84)

Tükenmeyi örgütsel kökenli stres kaynaklarından doğan diğer tepkilerden ayıran özellik, çalışanların iş gereği karşılaştıkları kişilerle kurdukları sık ve yoğun etkileşimler sonucunda ortaya çıkmasıdır. Süreklilik taşıyan bir olumsuz duygusal tepki özelliği gösteren bu olgu "duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme" olmak üzere üç boyutludur. Duygusal tükenme enerji yoksunluğu ve bireyin duygusal kaynaklarının tükendiği duygusuna kapılmasıyla ortaya çıkar. Duyarsızlaşma çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmalarıyla kendini gösterir. Kişisel başarıda düşme ise, işe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalma ile ortaya çıkar. Tükenme sonucunda çalışanlarda yaratıcılık kaybolur ve daha iyisi için uğraş verilmez.(85)

Freudenberger (1974: 161), tükenmişliği ilk kez "başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya insanın iç kaynakları üzerinde karşılanamayan istekler sonucunda ortaya çıkan bir tükenme durumu" şeklinde tanımlamıştır. Daha sonra Maslach ve Jackson tükenmişliği; insanda ortaya çıkan fiziksel bitkinlik, uzun süren yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile birlikte bireyin yaptığı işe, hayata ve diğer insanlara karşı gösterdiği olumsuz tutumları kapsayan fiziksel ve zihinsel boyutlu bir sendrom olarak tanımlamışlardır.(86) Cherniss, tükenmişliği yoğun stres ve doyumsuzluğa tepki olarak bireyin kendini psikolojik olarak işinden soğuması olarak özetler. İş stresine cevap olarak güdüsel, duygusal, tutumsal ve davranışsal değişiklikleri oluşturan tüm olguların bileşkesine eşdeğer bir baskı olduğunu ve baskının geçici bir yorgunluk ve zorlanma olmadığını kabul eder.(87) Kavla'ya göre ise, tükenmişlik, negatif bir deneyimdir ve kişi ile çevresi arasında olan karşılıklı etkileşim ile sonuçlanır.(88)

İlk kez 1970'li yıllarda tanımlanan Tükenmişlik (Burnout) olgusu, sosyal bir problem olarak öneminin anlaşılmasıyla birlikte; araştırmacılar tarafından ilgi duyulan bir çalışma konusu olmuştur. En yalın haliyle "Ruhsal ve fiziksel açıdan enerjinin tükenişi" olarak tanımlanabilen tükenmişliğin, "Çalışma ortamıyla bireyin etkileşiminin bir sonucu olduğu" varsayımına yönelik gerçekleştirilen çalışmalar; olgunun hem birey hem de örgütler açısından olumsuz etkilerini gözler önüne sermesi ve tükenmişlik

kaynaklı olumsuzlukları azaltabilecek koşulların belirlenmesi adına oldukça önemlidir.[89]

Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'nda tükenmişliği; fazla çalışma ile ortaya çıkan aşırı duygusal yorgunluk ve bunun sonucunda iş ve sorumluluklarını yerine getirememe durumu olarak tanımlamıştır.[90]

Storlie ise tükenmişliği; mesleki bir otizm olarak tanımlamaktadır. Tükenmişlik insan ruhunun çöküşünü ifade eder. Sürekli ümitsizlik ve olumsuzluğun olduğu bir enerji tükenişidir.[91]

Tükenmişlikle ilgili günümüzde en yaygın kabul gören tanım, konuyla ilgili çalışan araştırmacılar arasında en önemli isim olarak anılan ve Maslach Tükenmişlik Envanterini geliştiren Christina Maslach'a aittir. Maslach, tükenmişlik kavramını; duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişisel başarıya (personel accomplishment) ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele almaktadır.[9]

Başka bir deyişle Maslach'a göre tükenmişlik "İşi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen *duygusal tükenme*, *duyarsızlaşma,* ve *düşük kişisel başarı hissi*" şeklinde tanımlanmaktadır.[92]

Duygusal tükenme; tükenmişliğin bireysel stres boyutunu belirtmekte ve "Bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarında azalmayı" ifade etmektedir. *Duyarsızlaşma*; tükenmişliğin kişiler arası boyutunu temsil etmekte ve müşterilere yönelik negatif, katı tutumları ve işe karşı tepkisizleşmeyi belirtmektedir. *Düşük kişisel başarı* duygusu ise; "Kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması" nı ifade etmektedir.[93,94] Tükenmişlik özellikle, insanlarla yoğun iletişim gerektiren meslek gruplarının çalışanlarında görülen, mesleğin doğası gereği yaşanan stresle başa çıkamama sonucunda gözlenen fizyolojik ve duygusal alanlarda hissedilen tükenme hissiyle kendini ortaya koyan bir durumdur.[95]

2.3.2. Tükenmişlikle ilgili etmenler

Tükenmişliği hazırlayan etkenler arasında ilk grupta çalışma ortamıyla ilgili etkenler, ikinci grupta ise demografik özellikler ve üstün başarı göstermek için çok

çalışan, üzerine düşenden fazlasını yerine getiren, sınır tanımayan bir kişilik yapısı görülür. Bu iki grubun birbiriyle etkileşimi birikerek çoğalan bir etki yaratır.(96)

2.3.3. Kurumla ve işle ilgili etkenler

Aşırı iş yükü, çalışanların kendi aralarındaki ilişkiler, çalışanın karşılamak zorunda olduğu taleplerin birbiri ile çatışması, çalışma ortamının özellikleri, tükenmişliğe neden olan örgütsel faktörlerin en önemlilerindendir

Aşırı iş yükü: Tükenmişlik riskinin yüksek olduğu işlerin ortak noktasının aşırı iş yükü olduğu gözlemlenmiştir. Çok sayıda kişinin farklı isteklerini yerine getirebilmek için yeteri kadar zamanın olmaması tükenmişliğe ortam hazırlamaktadır.(97) Ağır bir yükle karşı karşıya olan kişiler aileleriyle yeteri kadar beraber olamaz ve dinlenme ve eğlenmeye ayırabildikleri süreler de kısıtlanır. Zaman baskısı altında çalışmak ve istenilen faaliyetlere yer verememek beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkiler ve tükenmişliğe zemin hazırlar.(98)

Çalışma ortamındaki ilişkiler: İş ortamında karşı karşıya gelinen kişilerle geçirilen sürenin uzaması, sık etkileşim kurulması, hizmet verilen kişi sayısının artması, yüz yüze ilişki kurulması ve hizmet verilen kişilerin ağır sorunları olması tükenmişlik düzeyini artırmaktadır.(99)

Yöneticilerin zamanlarının önemli bir bölümünü astlarıyla geçirmeleri ve onların gerek işleri gerekse özel yaşamlarıyla ilgili problemlerinin çözümüyle yoğun biçimde ilgilenmek zorunda olmaları nedeniyle tükenmişlik tehlikesiyle karşı karşıya oldukları belirtilmiştir.(100)

Rol çatışması ve rol belirsizliği: Çalışanlar iş ortamında birbirinden oldukça farklı beklentilerle karşılaşırlar ve bunları yerine getirmekte güçlük çekerler. Bu zorluklar; bireyin kişiliğine ve değer sistemine aykırı bir iş yapması gerektiğinde (birey-rol çatışması),amirleri bir görevin yerine getiriliş tarzıyla ilgili çelişkili talimatlar verdiğinde ve üstlenilen birden çok rol birbiriyle çatıştığında görülür. Yetersiz eğitim, bozuk iletişim ya da kasıtlı bilgi saklama gibi nedenlerle yapılması gereken işlerin niteliği, yetki ve sorumluluk sınırları, performans değerlendirme ölçütleri konusunda eksik bilgilendirmenin ortaya çıkması da rol belirsizliğine neden olmakta ve tükenmişliğe ortam hazırlamaktadır.(40)

Çalışma ortamının özellikleri: İşyerinde kişiler arası çatışma,çalışma saatlerinin esnek olmaması,vardiyalı çalışma düzeni,yükselme olanaklarının kısıtlı oluşu,örgüt politikalarının adil ve eşitlikçi olarak algılanmayışı ve iş koşullarındaki tekdüzelik tükenmişliğe katkıda bulunan etkenler olarak belirlenmiştir. İş saatleri üzerinde kontrol sahibi olamamak ve kurumdaki mesleki geleceğin belirsizlii bazı çalışmalarda kadınları daha çok etkileyen unsurlar olarak ortaya çıkmıştır.(101)

Çalışma süresi: Bir mesleğe yeni başlamanın ya da bu meslekte uzun yıllar çalışmış olmanın kendine özgü avantaj ve sakıncaları dikkate alındığında,kuramsal olarak herikisinin de tükenmişlikle ilişkili olabileceği görülmektedir. Çalışma süresinin tükenmişlikle ters yönlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Çalışma süresi arttıkça,tükenmişlik azalmaktadır. Diğer bir deyişle,tükenmişlik,daha çok işe yeni başlayanlarda ortaya çıkan bir durumdur.(9)

Meslektaşlarla ilişkiler ve çatışmalar: İş arkadaşları kişiye,destek olabileceği gibi engelleyici de olabilmektedir.Kişinin tükenmişlikle mücadeledeki başarısı çoğunlukla iş arkadaşlarından aldığı yardımla orantılı olarak artacaktır. Bu nedenle aynı düzeydeki çalışanların birbirleri ile yardımlaşmaları bir zorunluluktur. Bunun yanında bir üst basamağa yükselmek için çalışanlar arasında rekabetde görülmektedir.bu çelişki sonucu çalışanlar arası çatışmalar çıkabilir ve bu çatışmalarda duygusal tükenmeye yol açabilmektedir.

2.3.4. Kişisel tükenmişlik etkenleri

Kişisel Faktörler, kişinin tükenmişliğe neden olan çevresel faktörlerden etkilenmesini hem azaltıcı hem de güçlendirici bir özelliğe sahiptir.

Tükenmişliğin kişisel nedenlerinden bazıları:

- Kişilik özellikleri,
- Medeni durum,
- Kişisel duyguların analizi, paylaşımı,
- Demografik özellikler,
- Eğitim düzeyi,
- Çalışma yılı,
- Motivasyon düzeyi,
- Benlik gücü,

• Engellenmeye dayanıklılık düzeyi,

• İşe aşırı düşkün olunması,

• Kişisel beklenti düzeyi ve tolerans düzeyi tükenmişliğin kişisel nedenlerinden bazılarıdır.

Tükenmişlik, işine yeni başladığında çok daha heyecanlı ve istekli olan çalışanlarda daha fazla görülmektedir. Bu durum uzmanlar tarafından bu kişilerin ilk heyecanlarıyla çok fazla enerji harcayarak kısa zamanda tükendiklerine bağlanmaktadır. Bu tip çalışanlar genellikle kendilerini aşan bir çalışma temposuna girdiklerinden dolayı belli bir süre sonra yapacakları işlere yetişemez olurlar. Kısa zamanda çok büyük başarılar kazanacaklarına inanır fakat zaman geçtikçe amaçlarına ulaşamadıklarında heyecanları söner. Sonuç olarak gerçeği kabullenmek ve hedeflerini düşürmek yerine hayal kırıklığına sürüklenirler.(102)

Örgütün nasıl çalışması gerektiği ve ne kadar başarılı olacakları ile ilgili beklentiler çalışanın "gerçeklik şoku" yaşamasına neden olmaktadır. Yüksek başarı beklentisi kişinin aşırı duygusal enerji harcamasına ve dolayısıyla kişinin kendini bitkin hissetmesine neden olabilmektedir. Ayrıca örgütten alınması umut edilen olumlu geri bildirim alınmadığında düşük kişisel başarı hissi ortaya çıkabilmektedir. Özellikle genç ve tecrübesiz çalışanlarda yaşlı ve tecrübeli çalışanlara oranla daha çok tükenmişlik görülmektedir. Bu da genç çalışanların beklenti düzeylerinin yüksek olmasından dolayı yaşadıkları hayal kırıklığı ile açıklanmaktadır. Buradan hareketle yaşla tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğu söylenebilir. Medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında bekarların evlilere göre ve çocuksuz olanların çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir. Aile sahibi olmanın tükenmişlik açısından olumlu etkisi, bireyin ihtiyacı olan sosyal desteği ailesinden alabilmesi ile açıklanmaktadır.(8)

2.3.5. Tükenmişlikle ilgili görüşler

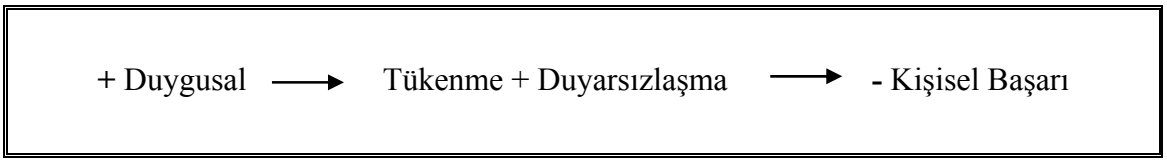
Tükenmişlik kavramını ortaya koymak için araştırmacılar çeşitli görüşler ortaya koymuşlardır. Kişilerin strese dayanma gücündeki farklılıklar, insan davranışlarını tanımlama ve sınıflandırmadaki güçlükler nedeniyle tükenmişlikle ilgili farklı görüşlere rastlanmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda özetlenmiştir

Freudenberger'in tükenmişlikle ilgili görüşleri: "Tükenmişlik" kavramı Freudenberger (1974)'in "Journal of Social Issues"dergisinde yayınlanan makalesi ile literatüre girmiştir. Freudenberger'e göre tükenmişlik; enerji ve güç kaynaklarından aşırı isteklerde bulunulması sonucunda yaşanan başarısızlık, aşınma ve bitkinlik duygularının toplamıdır.(103)

Tükenme başarısızlık, yıpranma veya enerji, güç ve potansiyel üzerinde aşırı isteklerde ortaya çıkan bir durumdur ve bu tam olarak, kurumdaki personelin herhangi bir sebepten dolayı yüklendiği ve çalışamaz duruma gelip, amaca hizmet edemediği zamanı göstermektedir[104]. Tükenmişlik, çabuk öfkelenme, ani huzursuzluk ve engellenme ile belirgin olup kolay ağlama, önemsiz baskıları taşıyabileceğinin üstünde algılama ve duyguları ele almada güçlük yaşamadır. İş yerinde harcanan zaman süresi artmasına karşın, başarı düşmektedir ve kişi arkadaşlarının çoğunu kaybetmektedir.(104) Genellikle birey bir kurumda çalışmaya başladıktan bir yıl sonra ortaya çıkar, çünkü bu süre içerisinde bazı faktörler etkili olmaya başlamaktadır.

-Maslach'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri

Maslach modeline göre tükenmişliğin, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır.(80,105) Aşağıdaki şekil Maslach'ın tükenmişlik modelindeki birbirini izleyen aşamaları göstermektedir.



Şekil 2.Maslach'ın Tükenmişlik Modeli

Bu üç boyuta ilişkin tükenmişliği ölçebilmek için "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" geliştirilmiştir. Tükenmişliğin üç boyutuyla ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.(80,105)

Duygusal tükenme: Kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmiş ve tüketilmiş olması olarak tanımlanır. Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek çalışmalarında görülmektedir. Duygusal

tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır.

Duyarsızlaşma: Kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içermektedir. Bu davranış katı, soğuk ve ilgisiz şekillerde kendini belli eder. Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini işin yapılabilmesi için gerekli olan en az düzeye indirir.[106,107] Maslach'a göre tükenmişliğin üç bileşeninden duyarsızlaşma alt boyutu en problemli boyut olarak görülmektedir. Duyarsızlaşma, Maslach tarafından hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt olarak tanımlanmıştır. Uzaklaşmanın artmasıyla, diğerlerinin gereksinmelerine aldırış etmeyen bir tutum ve duygularına aldırmama durumu meydana gelmektedir.

Kişisel başarı: Kişisel başarı; sorunun üstesinden başarı ile gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarı noksanlığı ise, kişinin kendini işinde yetersiz ve başarısız olarak algılamasıdır. Diğer insanlar hakkında geliştirilen olumsuz düşünceler sonucunda birey, kendisi hakkında da olumsuz düşünceler geliştirir. Suçluluk, sevilmeme hissi ve başarısızlık duyguları, kendine saygıyı azaltarak kişiyi depresyona sokabilmektedir.

Maslach, Tükenmişlik olgusunu üç bileşenli sendrom olarak kavramlaştırmış ve üç düzeyde ifade etmiştir. Bunlar;

1. Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,

2. İş ve hizmet verilenlerden soğuma,

3. Kendi kendinden şüphelenmeye varan ruhsal yorgunluk.

Cherniss'in tükenmişlikle ilgili görüşleri: Cherniss, 1980'de tükenmişlik olgusu ile ilgili; örgütsel, kişisel ve kültürel etkenleri içeren bir teori sunar ve konunun kompleksliğine dikkat çeker. Bu teori ile tükenmişlik üzerinde, rol yapısının önemine işaret eder. Bu bağlamda rol belirsizliği, aşırı iş yükü ve insanlarla çalışan yöneticilerin

karşılaştığı, tükenmişliğe yol açan etkenlerle, potansiyel stres kaynakları arasındaki karmaşıklığı tanımlar.[102]

Tükenmişliği, aşırı bağlılığın bir rahatsızlığı olarak görerek; "aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki ile işten geri çekilme" olarak tanımlar.[8] Chernis Modeli, tükenmişliği zamana yayılmış bir süreç sonunda ortaya çıkan bir durum olarak ele almaktadır. Bu modele göre, tükenmişlik işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan ve iş ile psikolojik olarak ilişkiyi kesmeyi içeren, bir başa çıkma davranışıyla son bulan bir süreçtir. Bir başka ifade ile bu modelde tükenmişlik, iş ortamında ortaya çıkan stres kaynaklarına uyum yapma ve stres ile başa çıkma yolu olarak görülmektedir.[106]

Cherniss, tükenmişlik araştırmalarını, hem aşırı iş yükü hem de değer çatışmalarını temel alarak devam ettirdi. Ona göre tükenmişlik, hizmet sektöründe çalışan profesyonelin rolünde gizli olan tutarsızlıklardan kaynaklanıyordu. Bu sektörde çalışanlar, eğitimleri ve deneme süreleri boyunca profesyonel olmanın anlamına yönelik, gerçekçi olmayan bakış açıları geliştiriyorlardı. Başka bir deyişle, tükenmişliğin çalışanın beklentileri ile iş hayatının gerçekleri arasındaki uçurumdan kaynaklandığını ilk ortaya koyan Cherniss olmuştur.[102]

Pines in tükenmişlikle ilgili görüşleri: Pines ve Aronson tükenmişliği "bireyleri duygusal anlamda devamlı olarak tüketen ortamların; birey üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu" şeklinde tanımlamışlardır. Bu üç boyutlu modele göre fiziksel bitkinlik boyutu yorgunluk, enerji azalması ve güçsüzlüğü; duygusal bitkinlik boyutu çaresizlik, umutsuzluk, adanmış olma duygusu ve hayal kırıklığını; zihinsel bitkinlik boyutu ise işe yaramama, kendini değersiz hissetme, suçluluk duyguları ve kendine karşı olumsuz tutumlar içerisinde olma duygularını içermektedir.[107] Bu modele göre tükenmişliğin temelinde bireyi sürekli duygusal baskı altında tutan iş ortamları vardır.[108] Meslek yaşamlarına başarılı olma, takdir edilme, kalıcı izler bırakma gibi idealist hedeflerle başlayan bireyler, stresi yüksek, destek ve ödülün az olduğu çalışma koşullarında başarılı olmak için gerekli fırsatları elde edemezler. Bu bireyler için başarısızlıklar tükenmişliğin en önemli nedenidir. Tükenmişlik, bireylerin motivasyon düzeylerinin azalmasında ve işten ayrılmalarında, hatta mesleği tamamen terk etmelerinde önemli rol oynamaktadır.[109]

Edelwich tükenmişlik modeli: Edelwich ve Brodsky' e göre, tükenmişlik, hizmet sektöründe çalışanlarda, iş koşullarının bir sonucu olarak ortaya çıkan, idealizm, enerji ve amaç yitimi olarak ifade edilmektedir. Edelwich Tükenmişlik Modelinde tükenmişlik sendromu, dört aşamadan meydana gelmektedir.(107)

1)İdealistik Coşku: Bu aşamada çalışanın işe ilişkin umudu, motivasyonu en üst düzeyde olmaktadır. Çalışan, işini en iyi düzeyde yapabilmek için, yüksek düzeyde performans göstermektedir. Çalışan bu çabalardan dolayı yöneticilerinden övgüler beklemektedir. Fakat gösterilen çabaların, ön yargılı tutumlar çeşitli kurallar ve sorunlardan dolayı beklenen karşılığı bulanamamakta ve bu nedenle çalışan yavaş yavaş durgunluk dönemine girmektedir.

2) Durgunluk: Bu dönemde çalışanın, motivasyonu azalarak enerji düzeyi de düşmeye başlamaktadır. Yaptığı işe karşı ilgisi azalmakta, işini sorgulamaya başlamakta ve hayal kırıklığı yaşamaktadır. Bu durumun sürmesiyle iş doyumu düşmekte ve iş dışındaki hayatı daha önemli bir duruma gelmektedir.

3) Engellenme: Çalışan uzun vadede mesleğini sürdürüp sürdüremeyeceğini sorgulamaya başlamaktadır. Bu dönemde kişi iki yönlü engelleme ile karşı karşıya kalmaktadır. Birincisi yöneticilerinin isteklerini karşılamadığı için engellenmesi, ikincisi ise yöneticilerinin taleplerinden fırsat bulup kendi isteklerini yerine getiremediği için engellenmesi olmaktadır. Engellenme nedeniyle, kişi zamanla içine kapanmakta ve uygun olmayan savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Bu durumun devam etmesiyle dördüncü döneme girilmektedir.

4) Apati: Bu aşamada duygusal kopma, inançların tamamen yitirilmesi, umutsuzluk duyarsızlık görülmektedir. İlgisizlik ve duyarsızlık kişinin yaptığı işin her yönüne yansımaktadır. Bu durumda kişi işten erken ayrılmaya başlamakta ve sık sık rapor alarak işten kendisi uzak tutmaya çalışmaktadır.

2.3.6. Tükenmişliğin belirtileri

Tükenmişliğin belirtileri çok çeşitlilik göstermektedir. Genel olarak bu belirtiler fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olarak üç kategoride gruplanabilir. Duygusal tükenme, çoğunlukla bireyde diğer insanlara yardım ederken, istenen psikolojik ve duygusal taleplerin aşırılığı yüzünden ortaya çıkan bitkinlik durumunu ifade eder. İkinci

boyut olan duyarsızlaşma, insanlara nesnelermiş gibi davranmayı ifade eder. Tükenmişliğin üçüncü boyutu ise düşük kişisel başarı duygularıdır. Bu boyut çabaların olumlu sonuçlar üretmede sürekli başarısız kaldığı durumları ifade etmektedir.(110)

Tükenmişliğin fiziksel belirtileri: Tükenmişliğin fiziksel belirtileri; uykusuzluk-uyuşukluk, düşük enerji, yorgunluk-bitkinlik duygusu, sık sık geçirilen soğuk algınlığı, nedeni bilinmeyen baş ağrıları ve genel vücut ağrıları, kilo kaybı, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, deri yakınmaları, solunum güçlüğü, kalp hastalıkları, zayıflık hissi, kaza yapmaya eğilim, hastalıklara kolay yakalanma, ürpermeler, sık sık grip veya nezleye yakalanmak, sık sık baş ağrısı, bulantı nöbetleri, kas tutulmaları, sırt ağrıları çekmek, psikosomatik şikayetler, yemek yeme alışkanlıklarının değişmesi ve uyku güçlüğü çekmek şeklinde sıralanabilir.

Tükenmişliğin psikolojik belirtileri: Tükenmişliğin psikolojik belirtileri çok çeşitlilik göstermektedir. En çok karşılaşılan belirtiler; duygusal bitkinlik, kronik bir sinirlilik hali, çabuk öfkelenme, zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, hayal kırıklığı, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, eleştiriye aşırı duyarlılık, karar vermekte yetersizlik, apati, boşluk ve anlamsızlık hissi, ümitsizlik, çaresizlik, köşeye kısılmış hissine kapılmak, gözlerin çok çabuk dolması, bazen kontrolsüz ağlama krizlerine girmek, depresyon, günlük hayatın faaliyetlerini gerçekleştiremeyecek kadar düşük duygusal enerjiye sahip olmak, "verecek bir şey kalmadı" hissine kapılmak, arkadaşlar, müşteriler ve akrabalar tarafından çok kolay kızdırılabilmek, işten ve insanlardan daha az zevk almak, yalnızlık ve cesaretsizlik duygularına kapılmak şeklinde belirtilebilir. Tükenmişlik, ani öfkeyi, sıklıkla ağlamayı, haykırıp çığlık atmayı, ilaç ve alkol kullanımında artışı, depresyon ve ahlak kurallarını çiğnemeyi, fiziksel tükenmeyi, evlilik ve aile problemlerini içeren çeşitli kişisel fonksiyon bozuklukları ile ilişkilidir.(111)

Tükenmişliğin davranışsal belirtileri: Tükenmişlik, kişinin kendisine, işine ve hayata karşı negatif bir tutum takınması, hatta aşağılık kompleksine kapılacak, kendisini yetersiz, iktidarsız, kararsız ve karamsar hissedecek kadar kendisine karşı eleştirel olması, daha önce hiç davranmadığı kadar soğuk ve ukala davranmak, arkadaşları, müşterileri ve çalışanları birey yerine problemin bir parçası olarak algılayabilecek kadar olumsuz yargılarda bulunmak, alaycı ve negatif olmak gibi duygular içerir. Zihinsel

belirti bulguları, doyumsuzluk, kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı negatif tutumlar içerebilir. Sonuçta işi bırakma, savsaklama gibi davranışlar görülebilir.[112] Ayrıca, işe uyumda güçlük, duygulanım bozuklukları, çabuk öfkelenme, kaba davranışlarda bulunma, takdir edilmediğini düşünme ve alınganlık, işe gitme isteğinde azalma, işten kaçma, iş doyumsuzluğu, sık sık işi bırakmayı düşünme, hatalar yapma, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma, izinsiz olarak ya da hastalık nedeni ile işe gelmeme, hizmetin niteliğinde bozulma, işte ve iş dışındaki ilişkilerde bozulma, karar vermekte ve insiyatif kullanmakta zorluk çekmek gibi davranışsal belirtiler de olabilmektedir. Belirtilerin erken dönemde ve kolayca tespit edilmesi ve anlaşılması kişiye yardım edebilmek adına oldukça önemlidir. Bu nedenle yapılacak çalışmalarda tükenmişliğin ölçülebilmesi için standardize edilmiş ölçeklere olan ihtiyacın karşılanması amacıyla Maslach ve Jackson tarafından Maslach Tükenmişlik Ölçeği geliştirilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği tükenmişliği, tükenmişlikle ilişkili olan şeyleri, sebeplerini ve tedavisini tanımlamayı amaçlayan araştırmacılara yardımcı olacak objektif bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda düşme olarak belirlenen üç boyutunu ve tükenmişliğe ilişkin duygulardaki sıklığı ve yoğunluğu ölçen, yıllardan beri araştırmacılar tarafından en sıklıkla başvurulan geçerli ve güvenilir bir ölçek olmuştur. Son yıllarda araştırmacılar tarafından geliştirilen başka ölçekler de tükenmişlik araştırmalarında kullanılmaya başlanmıştır.[113]

2.3.7. Tükenmişliğin evreleri

Tükenmişlik dört evre ile tanımlanmıştır. Bu evrelendirme tükenmeyi anlamayı kolaylaştıran bir bakış açısı sağlamaktadır. Ancak aslında tükenme kişinin bir evreden diğerine geçtiği kesikli bir süreç değil, sürekli bir olgudur.[9]

1. Evre: Şevk ve Coşku Evresi (Enthusiasm): Bu dönemde meslekteki beklentiler çok yüksek seviyededir. Bunların çoğunluğu gerçekçi değildir. Kişi zor şartları benimser ve uyum sağlamak için çabalar. Umut ve beklenti çok yüksektir. Enerjisi çoktur

II. Evre: Durağanlaşma Evresi (Stagnation): Bu evredeki çektiği zorlukları ve sıkıntıları aklına getirir. Yaptıklarını sorgulamaya ve artan ölçüde rahatsızlık hissetmeye başlar. Giderek umutları ve enerjisi azalır.

III. Evre: Engellenme Evresi (Frustration): İnsanların yardım ve hizmeti için çalışan kişi sistemi ve olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin zor olduğu anlar. Yoğun bir engellenmişlik duygusu tabloya egemendir. Kişi bu hissi yoğun biçimde yaşar. Sonuçta kişide kendini çekme veya kaçınma davranışları görülür.

IV. Evre: Umursamazlık Evresi (Apathy): Bu evrede kişi işini sevdiğinden değil, mecburiyetten yapmaktadır. Umutsuzluk, inançsızlık, işten kopma davranışları, sıkılma seyrek değildir. Kişi için görevi kaygı ve sıkıntı kaynağı olmaktadır.[114]

2.3.8. Tükenmişliğin sonuçları

Tükenmişlik sendromunun önemi, bireysel ve örgütsel açıdan yarattığı olumsuz sonuçlarda yatmaktadır.[98] Fakat tükenmişliğin sonuçları konusunda kesinleşmiş standartlardan bahsetmek mümkün değildir. Bunun nedeni tükenmişliğe etki eden faktörlerden etkilenme düzeyinin kişiden kişiye ve zamana bağlı olarak değişiklik göstermesidir.[115] Tükenmenin insanlar üzerinde geçici veya kalıcı rahatsızlıklar bıraktığı yapılan araştırmalarca ispatlanmıştır. Ancak bu tür rahatsızlıklar ortaya çıkmadan önce tükenmişliğin fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtilerine bakılarak, tükenmişliğin bireyler üzerinde geçici, tedavisi uzun süren veya kalıcı rahatsızlıklar bırakacağı konusunda fikir sahibi olmak mümkündür. Bu nedenle tükenmişliğin belirtileri başlığı altında incelenen durumlar, aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları şeklinde de ele alınabilmektedir. Her ne kadar bu bölümde anlatılacak sonuçlar sadece tükenmişliğe has olmasa da, bu sonuçlar tükenmişliğin ne kadar maliyetli ve zarar verici olabileceğini göstermekte ve tükenmişlikle mücadelenin gereklilik ve öneminin altını çizmektedir.[98]

Bir stres türevi olan tükenmişlik sendromu bireyleri pek çok açıdan etkilemektedir. Bireyin tükenmişlik nedeniyle yasadıkları, fiziksel açıdan yorulup yıpranmasına neden olmaktadır. Ancak bireyin yaşadığı yorgunluk hissinin asıl kaynağı, iş ortamında yaşadığı gerginliktir. İş ortamında sürekli devam eden bu gerginlik, bireyin gece uykusuna bile yansımakta, uyku problemi yasamasına neden olmaktadır. Bireyin uykusunu bölen kabuslar, uykusuzluk nedeniyle oluşan halsizlik ve huzursuzluk, sık sık bir şeylerin ters gideceği düşüncesini yaşamasına neden olmaktadır. Diğer yandan kronikleşen yorgunluk ve gerginlik; grip, soğuk algınlığı gibi rahatsızlıklara yakalanma

olasılığını, baş ağrılarını ve psikosomatik şikayetleri artırmakta, bu tip rahatsızlıkların uzun süre atlatılamamasına neden olmaktadır.[92]

Tükenmişliğin en önemli ve en gözle görülür sonuçlarından birisi de, bir şeylerin ters gittiğinin habercisi olan, enerjideki düşüştür.[116] Tükenmişliğin bireysel sonuçları arasında yer alan fizyolojik sorunlar genellikle bireyler tarafından göz ardı edilmektedir. Birey sorunun baş ağrısı, soğuk algınlığı, uykusuzluk, iştahsızlık gibi gelip geçici şeyler olduğuna inanır ve bu sorunu ortadan kaldırmak için ilaç kullanır. Ancak bu gibi rahatsızlıkların altında yatan gerçek sorun tükenmişlik olduğunda, görünen soruna yönelik ilaç veya doktor tedavisinin çözüm olmayacağı bir gerçektir. Maslach ve arkadaşları tükenmişliğin; kaygı, depresyon, kendine güvende azalma gibi psikolojik sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlar yaratan ve ruhsal çöküntüye neden olan, baslı basına "ruhsal bir hastalık" biçimi olduğunu savunmuşlardır.[92]

Günümüzde yaygın olarak görülen hastalıkların çoğu mikropların, virüslerin, zararlı maddelerin veya her türlü dış etkilerin yarattığı aksaklıklardan çok, strese uyum gösterme eksikliğinden kaynaklanmaktadır.[117] Strese bağlı olarak gelişebilecek fizyolojik kökenli rahatsızlıklar; dolaşım sistemi ve kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, üreme sistemi hastalıkları, iç salgı bezi hastalıkları, deri hastalıkları, hareket sistemi hastalıkları ve migrendir.[118] Bu hastalıkların tükenme yaşayan bireylerde görülme ihtimali, tükenmişlikle stresin ilişkisi nedeniyle oldukça yüksektir.

Tükenmişliğin ortaya çıkardığı fizyolojik sonuçlara karşı birey, bazı duygusal tepkiler geliştirerek, kendisini korumaya çalışacaktır. Bireyin tükenme süreci içerisinde karşı karşıya kaldığı fizyolojik sorunlar, onun psikolojik düzenini de bozma eğilimi gösterecektir. Bu gibi durumlarda depresyon, kaygı, çaresizlik ve öz güvenin kaybolması gibi tükenmişlik belirtilerinin bireyde oluşturduğu kalıcı rahatsızlıklar psikolojik sağlığın bozulmasına neden olmaktadır.[119] Fiziksel ve psikolojik alanda yaşanan bu ve benzeri sorunlar birey üzerinde olumsuz etki yaratmakta, bireyin başarı duygusunu ve kendisine olan saygısını yitirmesine neden olmaktadır. Bu tarz duygular içerisindeki birey, kendisini işe yaramaz hissetmeye, işini iyi yapamadığını düşünmeye başlayacaktır. Çalıştığı kurum için kendisini değersiz hisseden bireyin performansı düşer, kendisini sürekli başarısız hisseder ve kendisini suçlama eğilimi içerisine girer.

Bu eğilim, bireyin iş ortamındaki iletişimin zayıflamasına, kendini insanlardan soyutlamasına neden olur.

Yukarıda sayılan nedenlerle kendisini duygusal yönden bitkin hisseden ve insanlara karşı hoşnutsuzluğu büyüyen kişi çok daha kolay sinirlenir, önemsiz bir hataya karşı bile ani bir öfkeyle karşılık verebilir. Tüm bu gelişmeler bireyin, tükenmişliğin duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşme boyutlarını yaşadığının göstergesidir. Ortaya çıkan tedirginlik ve öfke sadece diğer kişilere duyulan negatif hisleri değil, aynı zamanda şüphecilik / paranoya tavrını da besler. Tükenmişlik yaşayan kişi, etrafındaki herkesin onun hayatını zorlaştırmak için çalıştığını düşünmeye başlar.[92,116] Tükenme yaşayan bireyler, müşterilere veya iş ortamında karşılaştıkları kişilere olumsuz davranışlar sergilerler.[120] Diğer yandan işten ayrılma, verimi düşürücü davranışlar, sorunlu kişiler arası iletişim, düşük iş tatmini ortaya çıkar. Bunlar da bireyin, tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutu ile ilgili ödediği bedellerdir. Birey, yaşadığı problemlerle baş edebilmek için; sigara, alkol, ilaç (ağrı kesici,uyku ilaçları vb.), sakinleştirici veya uyuşturucu haplara yönelebilir ve bu yönelim alkoliklik veya ilaç bağımlılığı ile sonuçlanarak bireyi daha büyük bir çıkmaza düşürebilir.[92]

2.3.9. Tükenmişliği önleme ve baş etme yolları

Tükenmişliği önleme ve üstesinden gelme yönünde yürütülecek çalışmalar, üç ana başlık altında toplanabilir[121]:

- Çalışan kişideki değişiklik ve gelişmeler
- Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler
- Yönetim ve örgütleniş ile ilgili önlem ve değişiklikler

Çalışan kişideki değişiklik ve gelişmeler: Bu kapsamda daha çok bireysel olarak uygulanabilecek yöntemler yer alır. Çalışanları daha gerçekçi amaçlar benimsemeleri yönünde cesaretlendirerek, çalışan bireyin kendi kendisiyle ilgili beklentilerinde azalma sağlanabilir. Kişinin kendisi, tutumları, karar verme ve problem çözme yaklaşımları ile ilgili bilişsel değişiklikler yapması, değerlerini, algı ve beklentilerini netleştirmesi beklenebilir.[122,123]

Çalışanın duygularını ifade ediş tarzını değiştirmesi, baş etme kapasitelerini geliştirmesi ya da modifiye ederek verimlilik potansiyellerini artırması cesaretlendirilebilir. İletişim becerilerini kuvvetlendirmek ve çalışanın rolünün netliği için bazı stratejiler öğretilebilir. Çalışanın karar alma sürecindeyken, kendisini daha fazla ortaya koyabilmesi için, kendisine fırsat ve cesaret verilebilir. Stresi yaşayan çalışan için konsültasyon ve danışmaya yoğunlaşmış bir çalışma programı oluşturulabilir. Destek gruplarının oluşumu için çaba gösterilmelidir. Bazı spor aktiviteleri, müzik çalışmaları gibi etkinliklerin destek sağlayıcı özelliklerinden yararlanılabilir.[123]

Düzenli egzersiz programlarına katılma, sigarayı bırakma, alkol alımının kontrol edilmesi, diyet değişiklikleri, öz bakım sorumluluğunu arttırma gibi önlemler yer alabilir. Tükenme, mental ve emosyonel düzeydedir. Tükenmişliği yaşayan bireyin, kendini halsiz, yorgun ve özgüvensiz hissettiği için meditasyon, yoganın yanı sıra, koşu, tenis, yüzme gibi fiziksel aktivitelere de ihtiyacı vardır. Stresi ve tükenmişliği kanalize etmek sıklıkla kas gevşetici egzersizler ile olanaklıdır. Gevşeme teknikleri özellikle bitkinlik hissini azaltarak, hastalar ile olan ilişkilerin uyumlu olmasına yardımcı olur.

Quill ve Williamson stres yönetimini 5 kategoriye ayırmışlardır[124]

• Kendine zaman ayırma: meditasyon, psikoterapi, tıp haricinde başka bir konuda eğitim alma

• Duyguların paylaşımı: Tıp içi veya dışından grup aktivitelerine katılma, duygu ve düşüncelerin aile fertleriyle paylaşılması, aile ve arkadaşlara zaman ayrılması

• Fiziki ve emosyonel bireysel ihtiyaçların karşılanması: Uygun nöbet listesinin ayarlanması, sık tatile çıkma, akşam ve hafta sonu mesailerinin sınırlanması, düzenli tıbbi bakım ve düzenli egzersiz

• Bireysel filozofik düşüncenin geliştirilmesi: Uzun ve kısa vadeli planların yapılması ve uygulamaya konması zaman yönetiminin iyi yapılması

• Stresten kurtulmaya yönelik eğitim toplantıları

Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler: Hizmet verilenlerin sayısı sınırlandırılarak veya çalışanların sayısı arttırılarak bu oranlar düşük tutulabilir.[125] Çalışanların önerilerini almak için kendi problemleri üzerinde konuşabilecekleri ve

gerektiğinde destek alabilecekleri resmi ve gayri resmi programlar oluşturulabilir. Bu programlar benzer koşullar altında çalışanların, iş ortamlarının zorlukları ve stresle baş etme yöntemleri hakkında karşılıklı fikir alıp vermelerini sağlamak için uygun bir ortam olabilir. Eğitim içerikli uygulamalar, bireysel stresle baş etme yöntemlerini geliştirmek amacıyla oluşturulmuş teknikler içermektedir. Çalışanın görev yerinden uzaklaşmasından dolayı suçluluk duymasını azaltmak için, izin isteklerinin onaylanır olduğu hissettirilmelidir. Ayrıca işyerinde molalara izin veren çalışma şekli oluşturulmalıdır. Çalışanların motivasyon artışı ve beklentilerinin karşılanabileceği konusunda cesaretlendirilmeleri gerekmektedir. Görevlinin çalışma saatleri esnek tutulabilir. Zaman zaman, kongreler, seminerler gibi işten geri çekilme fırsatları sunulabilir. Çalışanın emeğinin tam karşılığı olacak şekilde ücretlendirildiğini hissetmesi gerekmektedir.[122]

Yönetim ve örgütleniş ile ilgili önlem ve değişiklikler: Organizasyon tekniklerini savunanlar, stres etmenlerinin bireysel kontrol mekanizmalarından daha öte unsurlar içerdiğini ve yalnızca bireysel kontrol teknikleri ile sorunun aşılamayacağını öne sürmektedirler.[124]

Organizasyon teknik üç temel öğeden oluşur[121]:

- İşin modifikasyonu
- Danışmanlık hizmetleri
- Kurum olarak sorun çözme

İşin modifikasyonu: Aşırı yüklenme, boş oturma, belirsizlik ya da çatışmadan kaynaklanan stresin azaltılmasında en basit ve en etkili yöntemdir. Aynı zamanda iş ve çalışanlar arasında uyumun sağlanmasına yardımcı olur.

Bireysel iş stresini azaltmak için işin yeniden yapılanmasına yönelik yöntemler:

- Zor işleri eşit olarak dağıtarak yükün aynı kişiler üzerinde birikmesini engellemek
- Zor işlerin dönüşümlü olarak yapılmasını sağlamak
- Gün içerisinde iş harici aktiviteler için zaman ayarlamak
- Yarım gün çalışmayı desteklemek, bu yöntemle insan kaynaklan ve esneklik artar
- Çalışanlara yeni programlar oluşturması için olanak sağlamak

Danışmanlık hizmetleri: Bu yöntem ile danışmanların öneri ve eleştirilere daha açık olması sağlanırken, çalışanların fikirlerine de önem verilmiş olunur. Düzenli aralıklarla geri bildirim almak için anket düzenlemek yararlıdır.

Kurum olarak sorun çözme: Kalite gelişim programlarının bir amacı da iş ortamının doğru değerlendirilmesini ve sorunların ilk ortaya çıkış anında ele alınmasını sağlayacak kalıcı bir mekanizmanın oluşturulmasını sağlamaktır. Çalışanlarla sorun çözmeye yönelik toplantıların düzenlenmesi, kimlik belirsizliğini ve iletişimsizlikten kaynaklanan çatışmaları engelleyebilir. İzin ve zaman konusunda katı davranılmaması, bireyde istek ve gereksinimlerine duyarlı davranıldığı duygusunu uyandırarak, işine ve yönetime karşı duyarlılığın sağlanmasına yardımcı olur. Bireyin kendisini bir grubun üyesi olarak algılaması çok önemlidir. Bu, grubun üyelerinin, birbirinden uzaklaşmasına izin verilmemesi anlamındadır. Böylelikle bireydeki tükenmişliğe ilişkin değişimler erken fark edildiğinden erken müdahalede bulunma şansı da verir.

2.4. Tükenmişliğin İş Doyumuna Etkisi

Tükenmişlikle iş doyumu arasındaki ilişki kesin sınırlarla birbirinden ayrılamamaktadır. Bir kişinin işinden hoşnutsuzluğu tükenmişliğin sonucudur ve iş üzerinde odaklanmıştır. İşin eksiklerine bağlı olarak iş doyumsuzluğu, kişinin kendi eksiklerine ve işin eksiklerine bağlı olarak tükenmişlik, tecrübesizlik ve düşük kıdemden kaynaklanan düşük performans ortaya çıkmaktadır denebilir.

Tükenmişlik ve iş doyumuyla ilgili yurt dışında pek çok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar tükenmişliğin ve iş doyumunun etkilerini ortaya koymaktadır. Akademik yaşamın ciddi problemlerinden biri olan tükenmişlikten kaçınmanın etkili yollarını geliştirmek için, onun tanınması ve bilinmesi gereklidir. Genelde yapılan araştırmalarda hem tükenmişlik hem de iş doyumu ölçülmüş ve nedenleri araştırılmıştır. Yapılan araştırmalarda da en dikkat çeken nokta genelde iş doyumundaki hareketlerin tükenmişliğin en iyi habercisi olduğudur.[126]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırma 2012 yılında Erzurum da çalışan hekimlerin tükenmişlik, iş doyumu düzeyini ölçmek ve buna etki eden etmenleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak planlanmıştır. Erzurum il genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan hekimler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Erzurum il genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kurumları; Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimler oluşturmuştur. Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen listelerden 253 hekimin görev yaptığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın örneklemi evrenin tamamı hedeflenmiştir. Veriler toplandığında başlangıçta belirtilen 253 hekimden 246 (%97)' ine ulaşılmıştır.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Ölçek

Anket formu düzenlendikten sonra Palandöken Toplum Sağlığı ve Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekim grubuna ön uygulama yapılıp, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir. Gerekli yasal izinler Etik Kurul ve Sağlık Müdürlüğü'nden alındıktan sonra kurumların yönetim birimleriyle görüşülerek yardımcı olmaları istenmiştir. Hekimlerin onayı alındıktan sonra anket formunu doldurmaları istenmiştir. Anket formunun ve ölçeğin doldurulması mesai saatleri içinde, işlerin az yoğun olduğu saatlerde yapılmıştır. Cevaplandırma yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür. Araştırmada hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyecek kişisel bilgi formu, tükenmişlik düzeyini ölçmeyi hedefleyen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), iş doyumu düzeyini ölçmeyi hedefleyen Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) kullanılmıştır.

Bölüm 1: Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik bazı özelliklerini belirleyecek olan 31 soruda oluşan bilgi formudur. Bu sorular hekimlerin kişisel bazı özelliklerini, mesleki özelliklerini tanımaya ve mevcut sağlık sistemi, çalışma koşulları hakkında düşüncelerine yönelik sorulardır.

Bölüm 2: MİDÖ'ne ait 20 soru bulunmaktadır. MİDÖ'nin uzun ve kısa olmak üzere iki formu mevcuttur. Bu araştırmada kısa formu tercih edilmiştir.

MİDÖ, iş doyum düzeyini belirlemek amacıyla, 1967 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.[127]. Baycan tarafından Türkçe' ye çevrilip, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır (Cronbach Alpha=0.77).[128] MİDÖ'nin; içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip kısa formu, 20 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir araçtır.

MİDÖ'nde her bir soru içinde, kişinin işinden duyduğu hoşnutluk derecesini tanımlayan beş madde vardır. Bu maddeler;

Hiç memnun değilim (1), memnun değilim (2), kararsızım (3), memnunum (4), çok memnunum (5) puan olarak değerlendirilmektedir

Alt ölçeklerden;

İçsel Doyum; başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerden oluşmaktadır (12 madde).

Dışsal Doyum; kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin öğelerden oluşmaktadır (8 madde).

MİDÖ'nde içsel, dışsal ve genel doyum düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 maddenin dağılımı;

1- İçsel doyum: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20

2- Dışsal doyum: 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19

3- Genel doyum: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 maddelerini içermektedir.

Genel doyum puanı 20 maddeden elde edilen puanların toplamının 20 'ye, içsel doyum puanı 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye, dışsal doyum puanı 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19 dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile elde edilmektedir. Tüm puan ortalamaları 1.0 ile 5.0 arasında bir değer olarak

hesaplanmaktadır. Yüzdelik değer olarak; %25 ve altı düşük iş doyumunu, %26–74 arası orta iş doyumunu, %75 ve üzeri ise yüksek iş doyumunu ifade etmektedir.

Bölüm 3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ);

MTÖ; Ergin, tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçek 22 sorudan oluşmaktadır.[9] Ölçeğin özgün biçimindeki 7 basamaklı yanıt seçeneklerinin ülkemize uygun olmadığı belirlenerek, uyarlama çalışmasında basamak sayısı 5'e indirilmiştir. Beşli likert tipi bir ölçek olan MTÖ tükenmişliği 3 ayrı boyutta değerlendirmektedir. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır. Puanlama ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı yapılmaktadır. Elde edilen veriler, Ergin' in çalışmasında kullanmış olduğu tükenmişlik alt boyutları değer aralıkları göz önüne alınarak değerlendirmiştir. Buna göre tükenmişlik alt boyutlarının puanlaması aşağıdaki gibidir.

Tablo 2. MTÖ'nin Alt Boyutlarına İlişkin Türkiye Hekim Normları

	Düşük	**Orta**	**Yüksek**
Duygusal tükenme	20 ve altı	21 – 27	28 ve üzeri
Duyarsızlaşma	8 ve altı	9 – 12	13 ve üzeri
Kişisel başarı	23 ve altı	24 – 27	28 ve üzeri

Bu ölçekte yer alan maddeler "hiçbir zaman" 0, "her zaman" 4 puan olarak hesaplanmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları, her bir madde için, Hiçbir zaman (0), Çok nadir (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3), Her zaman (4) olarak, kişisel başarı alt ölçek puanı ise bunun tersi şeklinde değerlendirilmektedir.

Buna göre ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar, duygusal tükenme için 0–36; duyarsızlaşma için 0–20 ve kişisel başarı noksanlığı için de 0–32 arasında değişmektedir.

MTÖ'nde;

Duygusal Tükenme: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Duyarsızlaşma: 5, 10, 11, 15, 22

Kişisel Başarı: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı sorular ile değerlendirilmektedir.

Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı boyutu olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu nedenle her alt boyutun puanı ayrı ayrı değerlendirilecektir. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının artışı tükenmişliğin fazla olduğunu gösterirken, kişisel başarı puanının azalışı tükenmişliği açıklar.

Her üç alt boyutun da düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç düzeyde tükenmişlikle bağlantısı kurulmaktadır. Tüm çalışmalarda tükenmişlik; düşük, orta ve yüksek düzeylerde yaşanan duygu dağılımı olarak kavramlaştırılmıştır.

Ölçeklerin güvenirliliklerinin değerlendirilmesinde Cronbach alpha değeri;

0.60'ın altında ise kabul edilemez

0.60- 0.65 ise itiraz edilebilir

0.65- 0.70 minimal düzeyde kabul edilebilir

0.70- 0.80 iyi

0.80- 0.90 çok iyi

0.90'ın üstü ise skala kısaltılarak kullanılacak düzeydedir.[129]

Güvenirlik katsayısını çeşitli faktörler etkilemektedir. Bunlar anketin uygulandığı bireylerin çevre koşulları, anket uygulanan bireylerin anketin uygulandığı zaman içinde bulundukları biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve genel sağlık durumları; anket yapmaya güdülenmiş olup olmamaları; uygulanan anket ve anketin içindeki yapısal özellikler; anketi uygulayan kişinin uygulama şeklidir.[130]

3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Araştırmada belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı incelenmiştir.

a) Bağımlı değişkenler: Hekimlerin tükenmişlik düzeyi (MTÖ değeri), hekimlerin iş doyumu düzeyi (MİDÖ değeri)

b) Bağımsız değişkenler: Hekimlere ait sosyo-demografik bazı özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb), sağlık durumu ve bazı alışkanlıklar (sigara -alkol

kullanma, spor yapma, tatile çıkma, vb), bazı mesleki özellikler (çalışılan kurum, meslekte çalışılan süre, çalışılan kurumun fiziki şartları, yönetsel görev, vb)

Medeni durum değişkenine göre bekar ve dul/boşanmış şeklindeki kategoriler bekar kategorisi adı altında birleştirilmiştir.

Veri girişi ve istatistiksel analizler SPSS for Windows 18.00 programı aracılığı ile yapılmıştır. Verilerin varyasyon homojenitesi, Levene testi ile kontrol edilmiş ve istatistik teknikler olarak; parametrik yöntemlerden tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve t testi ile nonparametrik yöntemlerden Kruskal Wallis (KWH) ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde çıkan sonuçlarda farkın hangi değişkenden kaynaklandığını belirlemek için parametrik değişkenler için posthoc analizi Bonferroni analizi, nonparametrik değişkenler için Kruskal Wallis (KWH) sonrası Bonferroni düzeltmesiyle, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

MTÖ'nin alt boyutlarının MİDÖ'nin birbiri ile olan ilişkilerinin incelenmesi için ve bazı sayısal değişkenlerin (yaş, çocuk sayısı, meslekte toplam çalışılan süre, son kurumda toplam çalışılan süre ve aylık nöbet sayısı) değerlendirilmesi için Pearson sıralı korelasyon analizi yapılmıştır.

MTÖ ve MİDÖ alt boyutları puanları median değerinden ikiye bölünerek değişkenler, ikili değişken haline getirilmiş ve diğer bağımsız değişkenlerin puanlar üzerindeki etkisi binary lojistik regresyon analizi ile ölçülmüştür. Düşük olanlar referans kabul edilip diğer bağımsız değişkenlerle birlikte binary lojistik regresyon analizine alınmıştır.

3.5. MTÖ'nin Güvenirliği ve Geçerliği

Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışmaları Ergin tarafından yapılmıştır. MTÖ'nin güvenirliği iki yöntemle incelenmiştir. Bunlardan birincisi, ölçeğin iç tutarlılığının toplam 552 doktor ve hemşireden oluşan gruptan elde edilen verilerle hesaplanmasıdır. Cronbach Alfa katsayıları Duygusal Tükenme için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.71 ve Kişisel başarı için 0.72'dir. Ölçeğin güvenirliği test-tekrar test yöntemiyle de incelenmiştir. Bunun için ilk uygulamadan 2-4 hafta sonra 99 kişiye ulaşılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise sırasıyla 0.83, 0.72 ve 0.67'dir.[9]

Çam, MTÖ geçerliğini incelemiştir. Sonuçta hemşirelerin kendilerini değerlendirmeleri ile arkadaşlarının onları değerlendirmeleri arasındaki farkın t testi ile incelenmesi sonucunda iki değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına dayanılarak MTÖ'nin araştırmalarda kullanmak için yeterli düzeyde güvenirlik ve geçerliliğinin olduğu ve tükenmişliği ölçmede kullanılabileceği kanısına varılmıştır. 276 hemşireden oluşan katılımcının verdikleri yanıtlara dayanarak elde edilen Kuder-Richardson 20 formülüne göre güvenirlik katsayıları: Duygusal tükenme için 0.89; Duyarsızlaşma için 0.71; Kişisel başarı için 0.72 bulunmuştur. Ölçeğin yarıya bölme tekniği ile saptanan korelasyon katsayılarının Spearman-Brown düzeltmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenirlik katsayıları ise Duygusal tükenme için 0.84; Duyarsızlaşma için 0.78 ve Kişisel başarı için 0.72 'dir.[131]

3.6. MİDÖ' nin Güvenirliği ve Geçerliği

MİDÖ Baycan tarafından (1985) Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır (Cronbach Alpha=0,77).[128] Ölçek, hekimler, hemşireler ve öğretmenler gibi farklı meslek gruplarında kullanılmıştır. Yurt içinde yapılan araştırmada iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısının 0.90, yurt dışında yapılan araştırmada ise, iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısının 0.82 ile 0.92 arasında değiştiği bulunmuştur.

3.7. Etik Konular ve İzin

Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu hazırlanmış, Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu, Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu, Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü ve Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne sunularak gerekli izin onayları alınmıştır. Araştırma raporu ilgili birimlere gönderilmiştir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır. Anket formlarına isim yazılmamıştır. Toplanan bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı anket formu üzerinde belirtilmiştir. Anketler araştırmacı tarafından gizlilik ilkesi doğrultusunda kişilere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Süresi

Araştırma Düzenleme Planı ve Zaman Çizelgesi (2011– 2013)

	2011						2012						2013				
	Ocak – Şubat	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran	Temmuz - Ağustos	Eylül - Ekim	Kasım Aralık	Ocak - Şubat	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran	Temmuz - Ağustos	Eylül - Ekim	Kasım Aralık	Ocak - Şubat	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran	Temmuz - Ağustos	Eylül - Ekim
KONU İLE İLGİLİ LİTERATÜR TARAMASI																	
PLANLAMA AŞAMASI Ön denemenin yapılması, Gerekli izinlerin alınması, Anket formunun hazırlanması																	
UYGULAMA AŞAMASI Veri toplama, veri işleme																	
ANALİZ AŞAMASI Verilerin analizi, yorumlanması																	
YAZIM AŞAMASI Araştırma raporunun yazımı, basımı, raporun ilgili yerlere sunumu																	

4. BULGULAR

Araştırma bulguları beş bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde ölçeğin güvenirliğine ilişkin veriler, ikinci bölümde değişkenlerin korelasyon analizi sonuçları, üçüncü bölümde araştırmaya katılan hekimlere ilişkin tanıtıcı bilgiler, dördüncü bölümde iş doyumu ölçeği puan ortalamalarının ve tükenmişlik ölçek alt grupları puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi, beşinci bölümde hekimlerin duygusal tükenme ve iş doyumu boyutuna etki eden etmenlere yönelik binary lojistik regresyon analizi sonuçları sunulmuştur.

4.1. MTÖ'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

MTÖ'ni oluşturan alt boyutlara ait güvenirlik analizi sonuçları Tablo–3'de verilmiştir.

Tablo 3. MTÖ'nin Alt Boyutlarının Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Cronbach-Alpha Değerleri
Duygusal Tükenme	0.90
Duyarsızlaşma	0.73
Kişisel Başarı Puanı	0.77

4.2. MİDÖ'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

MİDÖ'nin güvenirlik analiz sonuçları Tablo–4'de verilmiştir.

Tablo 4. MİDÖ'nin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Cronbach-Alpha Değerleri
Genel iş doyumu	0.90
İçsel iş doyumu	0.86
Dışsal iş doyumu	0.80

4.3. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları

MTÖ'nin alt boyutlarının ve MİDÖ'nin birbirleri ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesi için Pearson sıralı korelasyon katsayısı analizi yapılmıştır ve analiz sonuçları Tablo – 5'de verilmiştir.

Duygusal tükenme ile duyarsızlaşma, kişisel başarı ile genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır (r = 0.55, r = 0.23, r = 0.27, r = 0.14).

Duygusal tükenme ile kişisel başarı, genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu arasında doğrusal negatif yönde korelasyon olduğu (r = -0.21, r =-0.59, r = -0.56, r = -0.53), aynı şekilde duyarsızlaşma ile kişisel başarı, genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu arasında doğrusal negatif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır (r = -0.24, r =-0.36, r = -0.37, r = -0.28).

Ölçeklerin birbirleriyle olan tüm korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P= 0.00).

Tablo 5. MTÖ'nin Alt Boyutları ve MİDÖ'nin Birbirleri ile Korelasyonu

Ölçek Boyutları						
Ölçek Boyutları	**DT**	**D**	**KBP**	**Genel doyum**	**İçsel Doyum**	**Dışsal doyum**
DT	1					
D	0.55	1				
KBP	-0.21	-0.24	1			
Genel doyum	-0.59	-0.36	0.23	1		
İçsel doyum	-0.56	-0.37	0.27	0.94	1	
Dışsal doyum	-0.53	-0.28	0.14	0.90	0.70	1

*p<0.01

Bazı sayısal değişkenlerin MTÖ'nin Alt Boyutları ile yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo – 6'da verilmiştir.

Duyarsızlaşma ile yaş ve çocuk sayısı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (r= -0.23, r= -0.25). Yaş ve çocuk sayısı arttıkça duyarsızlaşma puanı doğrusal olarak azalmaktadır.

Kişisel başarı puanı ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (r= -0.12). Yaş arttıkça kişisel başarı puanının doğrusal olarak arttığı gözlenmiştir.

Duygusal tükenme ile tüm değişkenler arasında, duyarsızlaşma ile meslekte toplam çalışma süresi, aylık nöbet sayısı arasında ve kişisel başarı puanı ile yaş dışındaki tüm değişkenler arasında ilişki önemsiz saptanmıştır.

Tablo 6. Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı İle Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması

		DT	**D**	**KB**
Yaş	r	0.06	-0.23	0.12
	p	>0.05	<0.05	<0.05
Meslekte Toplam Çalışılan Süre	r	0.09	-0.10	0.05
	p	>0.05	>0.05	>0.05
Aylık Nöbet Sayısı	r	0.08	0.04	-0.11
	p	>0.05	>0.05	>0.05
Çocuk Sayısı	r	-0.07	-0.25	0.13
	p	>0.05	<0.05	>0.05

*p<0.01

Bazı sayısal değişkenlerin MİDÖ'nin Alt Boyutları ile yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo – 7'de verilmiştir.

Dışsal iş doyumu ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanırken, genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu ile meslekte toplam çalışma süresi arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r= - 0.137,r= - 0.178, -0.143, -0.191).

Genel iş doyumu ile yaş, aylık nöbet sayısı, çocuk sayısı arasında, içsel iş doyumu ile yaş, aylık nöbet sayısı, çocuk sayısı arasında, dışsal iş doyumu ile aylık nöbet sayısı, çocuk sayısı arasında ilişki önemsiz gözlenmiştir.

Tablo 7. Genel İş Doyumu, İçsel İş Doyumu, Dışsal İş Doyumu İle Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması

		GİD	**İİD**	**DİD**
Yaş	r	-0.114	-0.081	-0.137
	p	>0.05	>0.05	<0.05
Meslekte Toplam Çalışılan Süre	r	-0.178	-0.143	-0.191
	p	<0.05	<0.05	<0.05
Aylık Nöbet Sayısı	r	-0.004	0.091	-0.133
	p	>0.05	>0.05	>0.05
Çocuk Sayısı	r	-0.03	0.016	-0.08
	p	>0.05	>0.05	>0.05

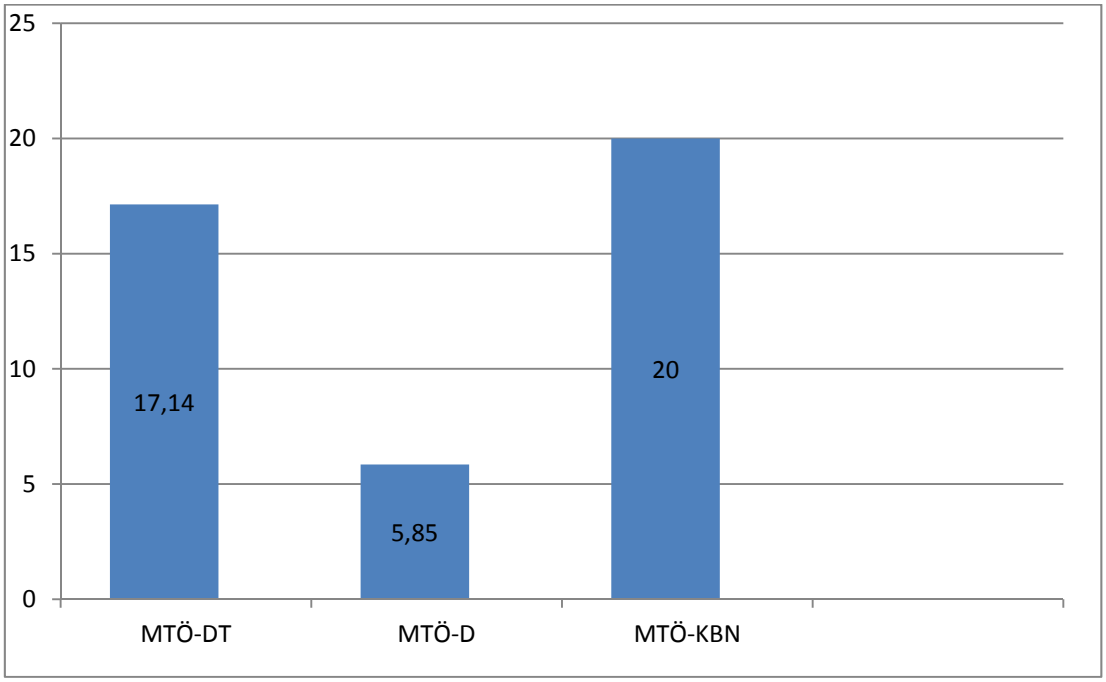
*p<0.01

4.4. Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Hekimlerin MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt boyutlarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama duygusal tükenmişlik puanı 17.14 ± 7.5, duyarsızlaşma puanı 5.85 ± 3.8 ve kişisel başarı puanı 20.0 ± 4.34 olarak bulunmuştur. (Tablo – 8, Grafik-10)

Tablo 8. Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi Alt Gruplarının Puan Değerleri (n=246)

	Ortalama ± SS	**Ortanca**	**Min. - Mak. Değer**
MTÖ-DT	17.14 ± 7.5	17	0 – 36
MTÖ-D	5.85 ± 3.8	5	0 – 20
MTÖ-KBN	20.0 ± 4.34	20	6 – 32

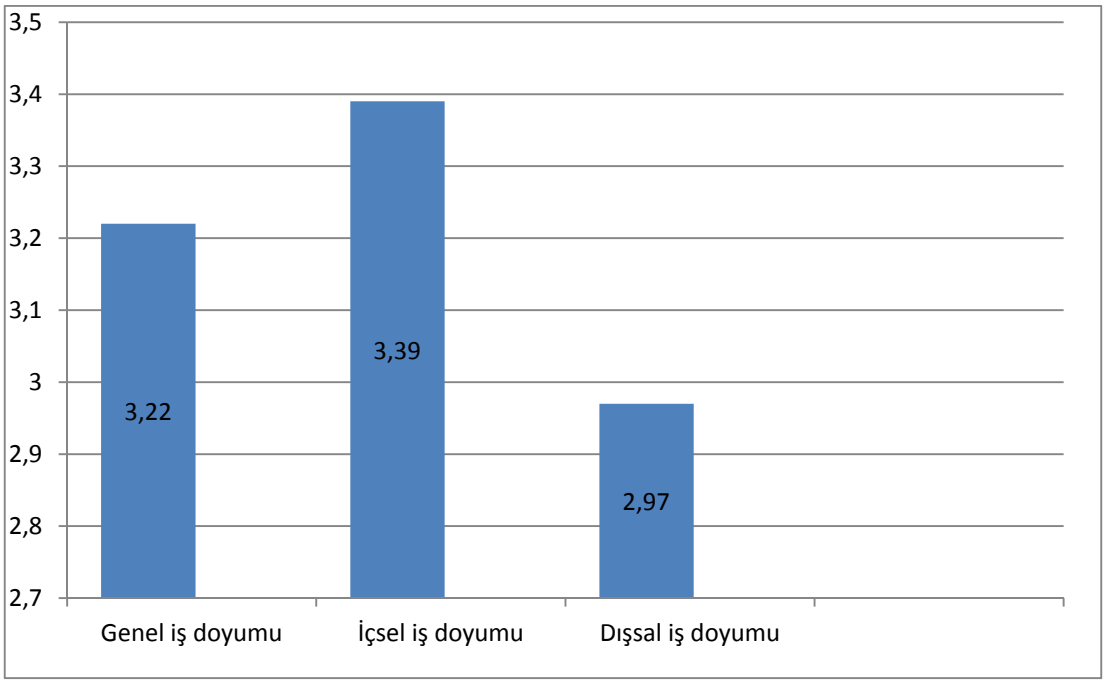


Grafik 1. Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi Alt Gruplarının Ortalama Puan Değerleri

Hekimlerin MİDÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt boyutlarına göre hesaplanmıştır. Hekimlerin genel iş doyumu ortalama puanı 3.22 ± 0.63, içsel iş doyumu ortalama puanı 3.39 ± 0.64, dışsal iş doyumu ortalama puanı 2,97 ± 0.75 şeklinde hesaplanmıştır (Tablo–9, Grafik–11).

Tablo 9. Hekimlerin İş Doyumu Alt Gruplarının Ortalama Puan Değerleri (n=246)

	Ortalama ± SS	**Ortanca**	**Min. - Mak. Değer**
Genel iş doyumu	3.22 ± 0.63	3.2	1 – 4.8
İçsel iş doyumu	3.39 ± 0.64	3.5	1 – 4.6
Dışsal iş doyumu	2.97± 0.75	3	1 – 5



Grafik 2. Hekimlerin İş Doyumu Alt Gruplarının Ortalama Puan Değerleri

Çalıştıkları kurumlara göre hekimlerin tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve iş doyumu ölçeğinden aldıkları puan yüzdeleri Tablo–10 ve Tablo–11'de verilmiştir.

Duygusal tükenmişlik düzeyi Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekimlerin %67.7'inde düşük, %22.7'sinde orta, %9.6'sında yüksek düzeyde saptanmıştır. Duyarsızlaşma puanı hekimlerin %76'sında düşük, %19.7'sinde orta, %4.4 ünde yüksek düzeyde bulunmuştur. Kişisel başarı puan ortalaması ise %79'unda düşük, %17.5'inde orta, %3.5' inde yüksek düzeyde bulunmuştur. Hekimlerin, iş doyumu düzeyi %0.4'ünde düşük, %76.9'unde orta, % 22.7'sinde yüksek düzeyde saptanmıştır (Tablo-10).

Tablo 10. Erzurum İlinde Aile Sağlığı Merkezleri'nde Görevli Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Dağılımı

Aile Sağlığı Merkezi								
	Düşük		**Orta**		**Yüksek**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Duygusal Tükenmişlik	155	67.7	52	22.7	22	9.6	229	100
Duyarsızlaşma	174	76.0	45	19.7	10	4.4	229	100
Kişisel Başarı	181	79.0	40	17.5	8	3.5	229	100
İş Doyumu	1	0.4	176	76.9	52	22.7	229	100

Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik düzeyi %88.2'sinde düşük, %5.9'unda orta, %5.9'unda yüksek saptanmıştır. Duyarsızlaşma puanı hekimlerin %70.6'sında düşük, %23.5'inde orta, %5.9'unda yüksek gözlenmiştir. Kişisel başarı puanı ise hekimlerin %82.4'ünde düşük, %17.6'sında orta düzeyde saptanmıştır. Toplum Sağlığı Merkezi'nde, kişisel başarı puanı yüksek ve iş doyum puanı düşük düzeyde olan hekimler saptanmamıştır. Hekimlerin %70.6'sında iş doyumu puanı orta düzeyde, %29.4'ünde yüksek düzeyde saptanmıştır (Tablo-11).

Tablo 11. Erzurum İlinde Toplum Sağlığı Merkezleri'nde Görevli Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Dağılımı

Toplum Sağlığı Merkezi								
	Düşük		**Orta**		**Yüksek**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Duygusal Tükenmişlik	15	88.2	1	5.9	1	5.9	229	100
Duyarsızlaşma	12	70.6	4	23.5	1	5.9	229	100
Kişisel Başarı	14	82.4	3	17.6	0	0.00	229	100
İş Doyumu	0	0.00	12	70.6	5	29.4	229	100

4.5. Araştırmaya Katılan Hekimlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Erzurum ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan toplam hekim sayısı 2011 yılsonu itibarı ile 253'dür. Araştırmaya katılan hekimlerin (246) araştırmaya katılım yüzdesi %97.2 olup, hekimlerin %93.0'ının Aile Sağlığı Merkezi, %6.9' unun Toplum Sağlığı Merkez'inde çalıştıkları tespit edilmiştir

Hekimlerin kişisel özellikleri Tablo–12'da gösterilmiştir.

Hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %80'i 40 yaş altında olup, ortalama yaş 34.0 ± 5.7'dir. Hekimlerin %72.8'i erkek olup, medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, %70.7'sinin evlidir. Katılımcıların %84.2'sinin çocuğunun olduğu ve %76.4'nün eşlerinin çalıştığı ve %40.6'sının eşlerinin hekim olduğu belirtilmiştir.

Hekimlerin %88.6'ı otomobil, %54.1'nin ise ev sahibidir. Hekimlerin %79.3'ü 5001 TL ve üzerinde, %1.6'sı 3000 TL ve altı aylık gelir sahibidir. %20.7'sinin düzenli spor yaptığı, %42.3'ünün her yıl tatile çıktığı saptanmıştır. Yine %11.8'inin tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğu, %32.5'inin halen sigara kullandığı, sigara kullananların %22.5' inin bir paket ve üzerinde sigara içtiği, %89.8'inin alkol kullanmadığı belirtilmiştir.

Tablo 12. Hekimlerin Kişisel Bazı Özelliklerine Göre Dağılımının İncelenmesi (n=246)

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
<29	60	24.4
30-39	138	56.1
>40	48	19.5
Ortalama:34.0 ± **5.7** Ortanca:33	Min. Değer:24	Mak. Değer:50
Cinsiyet		
Erkek	179	72.8
Kadın	67	27.2
Medeni Durum		
Evli	174	70.7
Bekar	69	28.0
Dul / Boşanmış	3	1.2
Çocuk Durumu (n=177)		
Evet	149	84.2
Hayır	28	15.8
Ortanca: 2	Min. Değer: 1	Mak. Değer: 4

Tablo 12. (devam)

Özellik	Sayı	Yüzde
Eş Çalışma Durumu (n=174)		
Evet	133	76.4
Hayır	41	23.6
Eş Mesleği (n=133)		
Doktor	54	40.6
Hekim Dışı Sağ. Per.	32	24.1
Memur	43	32.3
Özel Sektör	4	3
Otomobil Varlığı		
Evet	218	88.6
Hayır	28	11.4
Ev Varlığı		
Evet	133	54.1
Hayır	113	45.9
Aylık Gelir		
3000 TL ve altı	4	1.6
3001 TL-5000 TL	47	19.1
5001 TL ve üzeri	195	79.3
Spor Durumu		
Evet	51	20.7
Hayır	195	79.3
Tatil Yapma Durumu		
Evet	104	42.3
Hayır	142	57.7
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	29	11.8
Hayır	217	88.2
Sigara İçme Durumu		
Halen içiyorum	80	32.5
Bıraktım	56	22.8
Hiç içmedim	110	44.7
Günde İçilen Sigara Adedi (80)		
1-9	18	22.5
10-19	33	41.3
20 ≥	29	36.3
Alkol Durumu		
Evet	25	10.2
Hayır	221	89.8
Yerleşim Birimi		
İl merkezi	117	47.6
İlçe merkezi	103	41.9
Belde-köy	26	10.6

Araştırmaya katılan hekimlerin mesleki özelliklerine göre dağılımının incelenmesi Tablo–13'da verilmiştir.

Hekimlerin %47.6'sı il merkezinde, %93.1'i Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışmakta olup, %17.5'inin yönetsel görevi vardır. Hekimlerin %49.6'sının meslekte toplam hizmet süresi 6 yıl ve altında, %7.7'sinin ise 18 yıl ve üzerindedir. Meslekte toplam hizmet süresi ortalaması ise 7.7 ± 5.5 dir. Erzurum ilinde Kasım 2008 tarihi itibariyle uygulanmakta olan Aile hekimliği uygulamasında yer alan hekimlerden %63.8'inin toplam hizmet süresi 3 yıl ve üzerinde olup aile hekimliği uygulamasında toplam hizmet süresi ortalama 2.3 ± 1.2 şeklindedir.

Hekimlerin %18.3' ü nöbet tuttuğu, nöbet tutanların %28.9'u aylık nöbet sayısının 6 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Aile hekimliği uygulamasından hekimlerin %55.3'ü orta derecede memnun olduğunu,%31.7'i meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşündüğü, %62.2'sinin ise çocuğunun hekim olmasını istemediği ve % 92.5'i mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanmadığını belirtmiştir.

Tablo 13. Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımının İncelenmesi (n=246)

Özellik	Sayı	Yüzde
Çalışılan Kurum		
Aile sağlığı merkezi	229	93.1
Toplum sağlığı merkezi	17	6.9
Yönetsel Görev		
Evet	43	17.5
Hayır	203	82.5
Meslekte Toplam Hizmet Süresi (yıl)		
≤6	122	49.6
7-10	64	26.0
11-17	41	16.7
18 ≥	19	7.7
Ortalama: 7.7 ± 5.5 Ortanca: 7	Min.Değer:1	Mak. Değer:23
Aile Hekimliği Uygulamasında Hizmet Süresi (yıl)		
		≤ 2 89 36.2
		≥ 3 157 63.8
	Ortalama: 2.3 ± 1.2 Ortanca:3 Min.Değer:1ay	Mak. Değer:4yıl
Nöbet Tutma Durumu		
Evet	45	18.3
Hayır	201	81.7

Tablo 13. (devam)

Özellik	Sayı	Yüzde
Aylık Nöbet Süresi		
Aylık 6 nöbetin altı	32	71.1
Aylık 6 nöbet ve üzeri	13	28.9
Ortanca:4	Min. Değer:1	Mak. Değer:12
Aile Hekimliği Sistemi Uygulamasından Memnun olma Durumu		
Memnun	34	13.9
Orta derecede memnun	135	55.3
Memnun Değil	75	30.7
Cevaplamayan	2	
Mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu		
Evet	18	7.5
Hayır	228	92.5
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceler		
Doğru Seçim	78	31.7
Bazen Yanlış Seçim	121	49.2
Yanlış Seçim	47	19.1
Çocuğunun Hekim Olmasını İsteme Durumu		
Evet	93	37.8
Hayır	153	62.2

Hekimlerin eğitim özelliklerine göre dağılımı Tablo – 14'de belirtilmiştir.

Hekimlerin %65.9'u TUS'a hazırlanmadıklarını, %62.2'si işinin beklentilerini kısmen karşıladığını ve %46.7'si işyerinin fiziki koşullarının kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %82.9'u son bir yıl içinde hizmet içi eğitim almış olup, kongre, kurs ve seminerlere katılmayanlar %29.7 ve % 70'i sürekli, zaman zaman tıbbi yayın izlediğini belirtmiştir.

Tablo 14. Hekimlerin Eğitim Özelliklerine Göre Dağılımının İncelenmesi (n=246)

Özellik	Sayı	Yüzde
TUS'a Hazırlanma Durumu		
Evet	84	34.1
Hayır	162	65.9
İşin Beklentileri Karşılama Durumu		
Evet	35	14.2
Kısmen	153	62.2
Hayır	58	23.6

Tablo 14. (devam)

Özellik	Sayı	Yüzde
İşyerinin Fiziki Koşulları		
Yeterli	57	23.2
Kısmen yeterli	115	46.7
Yetersiz	74	30.1
Son Bir Yıl İçinde Alınan Hizmet İçi Eğitim		
Evet	204	82.9
Hayır	42	17.1
Kongre, Kurs, Seminere Katılım		
Evet, sık sık katılıyorum	17	6.9
Fırsat buldukça katılıyorum	156	63.4
Hayır katılmıyorum	73	29.7
Tıbbi Yayın İzleme Durumu		
Evet	17	6.9
Zaman zaman	155	63.0
Hayır	74	30.1

4.6. Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Erzurum ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında görevli hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo–15'de verilmiştir.

Hekimlerin, yaşa göre duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki fark önemli saptanmıştır (P = 0.00, P = 0.03). Yapılan ileri analizde, duyarsızlaşma ve kişisel başarı için farkın 29 yaş altından kaynaklandığı bulunmuştur.

Cinsiyete ve medeni duruma göre duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (P = 0.00, P = 0.00). Erkek hekimlerin kadın hekimlerden, bekar hekimlerin de evli hekimlerden puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı saptanmıştır.

Düzenli olarak tatile çıkmayanların duygusal tükenmişlik puan ortalamaları düzenli olarak tatile çıkanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (P = 0.00). Kişisel başarı puanı ortalamaları ise düzenli olarak tatile çıkanlarda, düzenli olarak tatile çıkmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı saptanmıştır (P = 0.00).

Alkol kullanma durumuna göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları alkol kullananlarda kullanmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (P = 0.00, P = 0.04).

Hekimlerin yaşa, cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna, eşi çalışma durumuna, otomobil ve ev varlığına, aylık gelirlerine, spor yapma durumlarına, kronik hastalığa sahip olma durumuna, yerleşim birimine, sigara içme ve günde içilen sigara adedine göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın önemsiz olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin, çocuk sahibi olma durumuna, eşin çalışma durumuna, otomobil sahipliğine, ev sahipliğine, aylık gelir durumuna, spor yapma durumuna, kronik hastalığa sahip olma durumuna, yerleşim birimine, sigara içme durumuna ve günde içilen sigara adedine göre duyarsızlaşma puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın önemsiz olduğu gözlenmiştir.

Kişisel başarı puan ortalamaları, cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna, eşi çalışma durumuna, otomobil ve ev varlığına, aylık gelirlerine, spor yapma durumlarına, kronik hastalığa sahip olma durumuna, yerleşim birimine, sigara içme ve günde içilen sigara adedine göre karşılaştırıldığında fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 15. Hekimlerin Sosyo-demografik Bazı Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)

Kategori	MTÖ-DT Ort ± SS	MTÖ-D Ort ± SS	MTÖ-KBP Ort ± SS
Yaş Grupları			
29 yaş altı	17.8± 6.85	7.2 ±3.8	19.0 ± 4.27
30-39	16.7 ± 7.8	5.7 ±3.8	19.8 ± 4.3
40 yaş ve üzeri	17.3±7.6	4.3 ± 3.1	21.2 ± 4.2
İstatistiksel Önem	F=0.38, P=0.68	**F=7.70, P=0.00**	**F=3.49, P=0.03**
Cinsiyet			
Erkek	17.62 ± 7.7	6.3 ± 3.9	20.2 ± 4.39
Kadın	15.8 ± 6.9	4.5 ± 3.2	19.3 ± 4.1
İstatistiksel Önem	t=1.65, P= 0.10	**t=3.30, P= 0.00**	t=1.45, P= 0.14
Medeni Durum			
Evli	16.9± 7.5	5.4 ± 3.5	20.0 ± 4.3
Bekar	17.5 ± 7.47	6.7 ± 4.27	19.8 ± 4.3
İstatistiksel Önem	t=-0.45, P=0.65	**t=-2.68, P=0.00**	t=0.33, P=0.74

Tablo 15. (devam)

Kategori	MTÖ-DT Ort ± SS	MTÖ-D Ort ± SS	MTÖ-KBP Ort ± SS
Çocuk Durumu (n=177)			
Evet	16.9±7.3	5.2 ± 3.44	20.1 ± 4.1
Hayır	17.39 ± 8.6	6.3 ± 3.9	19.3 ±5.2
İstatistiksel Önem	t=-0.29, P=0.77	t=-1.5, P=0.12	U=1320.5, P=0.69
Eş Çalışma Durumu (n=174)			
Evet	16.7 ± 7.6	5.6 ± 3.6	19.8 ± 4.4
Hayır	17.8 ± 7.4	4.8 ± 3.7	20.6 ± 4.07
İstatistiksel Önem	t=-0.81, P= 0.41	t=1.24, P= 0.21	t=-1.02, P= 0.30
Otomobil Varlığı			
Evet	17.1 ± 7.5	5.7 ± 3.7	20.1 ± 4.3
Hayır	17.4 ± 6.7	6.6 ± 3.5	19.7 ± 4.6
İstatistiksel Önem	t=0.29, P= 0.77	t=-0.63, P= 0.52	t=1.48, P= 0.13
Ev Varlığı			
Evet	17.7 ± 8.0	5.7 ± 3.5	20.1 ± 4.2
Hayır	17.7 ± 7.4	5.9 ± 4.0	19.8 ± 4.4
İstatistiksel Önem	t=-1.08, P= 0.27	t=-0.52, P= 0.60	t=0.53, P= 0.59
Aylık Gelir			
3000 ve altı	20.0 ± 7.5	4.5 ± 3.4	21.2 ± 7.1
3001-5000	17.8 ± 8.2	5.6 ± 4.1	19.9 ± 4.5
5001 ve üzeri	16.9 ± 7.3	5.9 ± 3.7	19.9 ± 4.2
İstatistiksel Önem	F=0.55, P= 0.57	F=0.39, P= 0.67	F=0.17, P= 0.84
Spor Durumu			
Evet	15.8 ± 7.6	5.5 ± 3.8	20.7 ± 4.0
Hayır	17.4 ± 7.4	5.9 ± 3.7	19.8 ± 4.4
İstatistiksel Önem	t=-1.36, P= 0.17	t=-0.72, P= 0.47	t=1.34, P= 0.18
Tatil Yapma Durumu			
Evet	15.3 ± 7.3	5.3 ± 3.9	20.8 ± 4.0
Hayır	18.4 ± 7.4	6.2 ± 3.6	19.3 ± 4.4
İstatistiksel Önem	**t=-3.29, P= 0.00**	t=-1.79, P= 0.07	**t=2.71, P= 0.00**
Kronik Hastalık Durumu			
Evet	18.7 ± 7.6	6.5 ± 4.8	19.8 ± 4.5
Hayır	16.9 ± 7.5	5.7 ± 3.6	20.0 ± 4.3
İstatistiksel Önem	t=1.20, P= 0.23	t=1.05, P= 0.29	t=-0.22, P= 0.82
Sigara İçme Durumu			
Halen içiyorum	17.9 ± 7.1	6.3 ± 3.4	19.8 ± 4.3
Bıraktım	15,8 ± 7.4	5.0 ± 3.7	20.8 ± 4.0
Hiç içmedim	17.1 ± 7.8	5.8 ± 4.0	19.7 ±4.5
İstatistiksel Önem	F=1.30, P=0.27	F=2.16, P=0.11	F=1.25, P=0.28

Tablo 15. (devam)

Kategori	MTÖ-DT Ort ± SS	MTÖ-D Ort ± SS	MTÖ-KBP Ort ± SS
Günde İçilen Sigara Adedi (n=80)			
1-9	18.7 ± 5.5	6.7 ± 3.0	21.4 ± 3.9
10-19	17.0 ± 7.2	5.4 ± 2.6	19.0 ± 3.9
20 ve üzeri	18.6 ± 8.1	7.2 ± 4.1	19.6 ± 4.7
İstatistiksel Önem	F = 0.51, P=0.60	F= 2.42, P=0.09	F = 1.81, P=0.17
Alkol Durumu			
Evet	21.4 ± 8.3	8.6 ± 5.3	20.4 ± 6.0
Hayır	16.5 ± 7.2	5.5 ± 3.4	19.9 ± 4.1
İstatistiksel Önem	**t=3.05, P=0.00**	**U=1799.0, P=0.04**	U= 2568.0, P=0.56
Yerleşim Birimi			
İl merkezi	17.1 ± 7.5	5.4 ± 3.7	19.8 ± 4.6
İlçe	17.3 ± 7.2	6.1 ± 3.8	20.0 ± 4.1
Belde- Köy	15.9 ± 8.7	6.1 ± 3.8	20.5 ± 3.9
İstatistiksel Önem	F = 0.37, P=0.69	F = 0.99, P=0.37	F= 0.21, P=0.80

Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ile MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo–16'de verilmiştir.

Hekimlerin cinsiyete göre genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadınlarda genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları erkeklerden anlamlı derecede yüksektir (P = 0.01, P = 0.05, P = 0.01).

Tatil yapma durumuna göre genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları tatil yapanlarda yapmayanlara göre daha yüksek ve önemli saptanmıştır (P = 0.04, P = 0.05, P = 0.03).

Hekimlerin yerleşim birimine göre dağılımı incelendiğinde, il merkezinde yaşayanların genel iş doyumu ve içsel iş doyumu puan ortalamaları diğer gruplardan daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlıdır (P = 0.04, P = 0.03). Yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptandı.

Hekimlerin yaşa göre, medeni duruma, çocuk durumuna, eş çalışma durumuna otomobil varlığı durumuna, ev varlığı durumuna, aylık gelirlerine, spor yapma durumuna, kronik hastalık varlığı durumuna, sigara içme durumuna, günde içilen sigara adedine ve alkol kullanma durumuna göre genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır. Yine

yerleşim birimine göre dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu gözlendi.

Tablo 16. Hekimlerin Sosyo-demografik Bazı Özellikleri ile İş Doyumu Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)

Kategori	Genel iş doyumu Ort ± SS	İçsel İş Doyumu Ort ± SS	Dışsal İş Doyumu Ort ± SS
Yaş Grupları			
29 yaş altı	3.36 ± 0.54	3.54 ± 0.58	3.10 ± 0.63
30-39	3.18 ± 0.66	3.33 ±0.65	2.96 ± 0.78
40 yaş ve üzeri	3.17 ± 0.66	3.39 ± 0.64	2.84 ± 0.81
İstatistiksel Önem	F= 1.88, P=0.14	F=2.25, P=0.10	F=1.55, P=0.21
Cinsiyet			
Erkek	3.16 ± 0.65	3.34± 0.66	2.89 ± 0.76
Kadın	3.38 ± 0.57	3.52 ± 0.56	3.17 ± 0.71
İstatistiksel Önem	**t=-2.40, P= 0.01**	**t=-1.95, P= 0.05**	**t=-2.54, P= 0.01**
Medeni Durum			
Evli	3.19 ± 0.64	3.36 ± 0.65	2.94 ± 0.77
Bekar	3.32 ± 0.62	3.49 ± 0.64	3.06 ± 0.70
İstatistiksel Önem	t=-1.39, P=0.16	t=-1.42, P=0.15	t=-1.11, P=0.26
Çocuk Durumu (n=177)			
Evet	3.19±0.61	3.37 ± 0.62	2.93 ± 0.74
Hayır	3.16 ± 0.80	3.29 ± 0.78	2.97 ± 0.94
İstatistiksel Önem	t=0.22, P=0.82	t=0.57, P=0.56	t=-0.25, P=0.80
Eş Çalışma Durumu (n=174)			
Evet	3.22 ± 0.62	3.38 ± 0.61	2.99 ± 0.77
Hayır	3.08 ± 0.70	3.27 ± 0.76	2.78 ± 0.76
İstatistiksel Önem	t=1.29, P= 0.19	t=0.93, P= 0.35	t=1.51, P= 0.13
Otomobil Varlığı			
Evet	3.21 ± 0.61	3.38 ± 0.62	2.95 ± 0.74
Hayır	3.34 ± 0.78	3.51 ± 0.78	3.09 ± 0.88
İstatistiksel Önem	t=-1.03, P= 0.30	t=-1.01, P= 0.31	t=-0.88, P= 0.37
Ev Varlığı			
Evet	3.20 ± 0.61	3.38 ± 0.62	2.92 ± 0.74
Hayır	3.25 ± 0.66	3.41 ± 0.67	3.02 ± 0.77
İstatistiksel Önem	t=-0.66, P= 0.50	t=-0.30, P= 0.76	t=-1.02, P= 0.30
Aylık Gelir			
3000 ve altı	3.23 ± 0.39	3.41 ± 0.24	2.96 ± 0.61
3001-5000	3.13 ± 0.67	3.31 ± 0.71	2.87 ± 0.74
5001 ve üzeri	3.25 ± 0.63	3.41 ± 0.63	2.99 ± 0.76
İstatistiksel Önem	F=0.58, P= 0.56	F=0.47, P= 0.62	F=0.52, P= 0.59

Tablo 16. (devam)

Kategori	Genel iş doyumu Ort ± SS	İçsel İş Doyumu Ort ± SS	Dışsal İş Doyumu Ort ± SS
Spor Durumu			
Evet	3.11 ± 0.71	3.26 ± 0.75	2.89 ± 0.80
Hayır	3.25 ± 0.61	3.43 ± 0.61	2.99 ± 0.74
İstatistiksel Önem	t=-1.39, P= 0.16	t=-1.62, P= 0.10	t=-0.86, P= 0.38
Tatil Yapma Durumu			
Evet	3.32 ± 0.66	3.48 ± 0.65	3.09 ± 0.79
Hayır	3.15 ± 0.61	3.33 ± 0.63	2.88 ± 0.72
İstatistiksel Önem	**t=2.03, P= 0.04**	**t=1.71, P= 0.05**	**t=2.08, P= 0.03**
Kronik Hastalık Durumu			
Evet	3.11 ± 0.59	3.33 ± 0.66	2.78 ± 0.69
Hayır	3.24 ± 0.64	3.40 ± 0.64	2.99 ± 0.76
İstatistiksel Önem	t=-1.03, P= 0.30	t=-0.60, P= 0.54	t=-1.40, P= 0.16
Sigara İçme Durumu			
Halen içiyorum	3.21 ± 0.64	3.38 ± 0.64	2.96 ± 0.78
Bıraktım	3.24 ± 0.65	3.44 ± 0.66	2.94 ± 0.77
Hiç içmedim	3.22 ± 0.63	3.38 ± 0.64	2.99 ± 0.74
İstatistiksel Önem	F=0.03, P=0.96	F=0.18, P=0.83	F=0.08, P=0.91
Günde İçilen Sigara Adedi (n=80)			
1-9	3.15 ± 0.76	3.38 ± 0.75	2.80 ± 0.91
10-19	3.25 ± 0.54	3.44 ± 0.50	2.95 ± 0.75
20 ve üzeri	3.21 ± 0.68	3.31 ± 0.72	3.06 ± 0.72
İstatistiksel Önem	F = 0.13, P=0.87	F= 0.35, P=0.70	F = 0.62, P=0.53
Alkol Durumu			
Evet	3.06 ± 0.63	3.25 ± 0.68	2.77 ± 0.73
Hayır	3.24 ± 0.63	3.41 ± 0.64	2.99 ± 0.75
İstatistiksel Önem	t=-1.39, P=0.16	t=-1.18, P=0.23	t=-1.42, P=0.15
Yerleşim Birimi			
İl merkezi	3.13 ± 0.65	3.29 ± 0.67	2.89 ± 0.77
İlçe	3.28 ± 0.61	3.47 ± 0.61	3.0 ± 0.73
Belde- Köy	3.43 ± 0.59	3.58 ± 0.57	3.20 ± 0.72
İstatistiksel Önem	**F = 3.14, P=0.04**	**F = 3.41, P=0.03**	F= 1.98, P=0.14

Hekimlerin mesleki özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo–17'de verilmiştir.

Meslekte toplam çalışma süresine göre duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasında anlamlı fark gözlenmiştir (P = 0,03, P = 0.02). Yapılan ileri

analizde farkın duyarsızlaşma ve kişisel başarı için 18 yıl ve üzerinde çalışanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hekimlerin nöbet tutma durumuna göre; nöbet tutanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları nöbet tutmayanların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (P = 0.01, P = 0.03).

Hekimlerin mesleklerinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumunda duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı puanlarının ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (P = 0.00, P = 0.00, P = 0.04). Duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları, mesleklerinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanmayanlarda daha yüksek, kişisel başarı puanı ortalamaları ise mesleklerinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananlarda daha yüksek gözlendi.

Hekimlerin meslek seçimi hakkındaki düşünceleri ile duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı puan ortalamaları arasında fark anlamlı saptanmıştır (P = 0.00, P = 0.00, P = 0.00). Yapılan ileri analizlerde, duygusal tükenmişlik puan ortalaması meslek seçimini doğru bulanlarda daha düşük olup ve farkın bu cevaptan kaynaklandığı gözlenmiştir. Duyarsızlaşma puan ortalaması, doğru seçim yaptığını düşünenlerde daha düşük saptanmış ve ileri analizde fark bu gruptan kaynaklanmıştır. Kişisel başarı puan ortalaması yanlış seçim yaptığını düşünenlerde daha düşük olarak tespit edilmiş, ileri analizde farkın bu seçenekten kaynaklandığı saptanmıştır.

Çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları çocuğunun hekim olmasını isteyenlerde düşük, kişisel başarı puan ortalamaları ise anlamlı olarak daha yüksekti (P = 0.00, P = 0.00, P = 0.00).

Hekimlerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumları incelendiğinde, memnun olmayanların duygusal tükenmişlik puanı ve duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (P = 0.00, P = 0.00). Yapılan ileri analizde farkın aile hekimliğinden memnun olmayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hekimlerin çalıştıkları kuruma, yönetsel göreve sahip olma durumlarına ve nöbet sayılarına göre duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasında fark gözlenmemiştir.

Hekimlerin aile hekimliği uygulamasında çalışma süresine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı puanlarının ortalamaları arasındaki fark önemsiz saptanmıştır. Meslekteki toplam çalışma sürelerine bakılacak olursa hekimlerin, duygusal tükenmişlik puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır.

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu ve nöbet tutma durumuna göre kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 17. Hekimlerin Mesleki Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)

Kategori	MTÖ – DT Ort ± SS	MTÖ-D Ort ± SS	MTÖ-KBP Ort ± SS
Çalışılan Kurum			
Aile Sağlığı Merkezi	17.3 ± 7.5	5.8 ± 3.8	20.0 ± 4.3
Toplum Sağlığı Merkezi	14.3 ± 7.2	5.8 ± 3.6	19.8 ± 4.7
İstatistiksel Önem	t= 1.58, P=0.11	t= -0.09, P=0.92	t= 0.11, P=0.90
Yönetsel Görev			
Evet	17.8 ± 7.4	6.4 ± 3.6	20.3 ± 3.9
Hayır	16.9 ± 7.5	5.7 ± 3.8	19.9 ± 4.4
İstatistiksel Önem	t= 0.70, P=0.47	t= 1.11, P=0.26	t= 0.65, P=0.51
Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışma Süresi			
2 yıl ve altı	16.3 ± 6.9	6.1 ± 4	19.8 ± 4
3yıl ve üzeri	17.5 ± 7.8	5.6 ± 3.6	20 ± 4.5
İstatistiksel Önem	t = -1.26, P=0.21	t= 0.97, P=0.34	t= -0.33, P=0.28
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi			
6 yıl ve altı	16.3 ± 7.4	5.8 ± 3.7	20.0 ± 4.4
7-10	18.0 ± 7.8	6.7 ± 4.1	19.0 ± 4.3
11-17	17.9 ± 7.2	5.0 ± 3.1	20.1 ± 4.1
18 yıl ve üzeri	17.7 ± 7.0	4.3 ± 3.4	22.4 ± 3.8
İstatistiksel Önem	F= 0.92, P=0.42	**F = 2.94, P=0.03**	**F= 3.08, P=0.02**
Nöbet Tutma Durumu			
Evet	19.6 ± 8.5	6.9 ± 4.1	19.8 ± 3.9
Hayır	16.5 ± 7.2	5.6 ± 3.6	20.0 ± 4.4
İstatistiksel Önem	**t= 2.49, P=0.01**	**t= 2.07, P=0.03**	t=-0.22, P=0.82
Nöbet Sayısı (n=48)			
6nöbet ve altı	18.5 ± 8.5	6.5 ± 4.0	19.9 ± 4.3
6nöbetin üzeri	22.0 ± 7.9	7.3 ± 4.2,	18.6 ± 3.8
İstatistiksel Önem	t=-1.29, P=0.20	t= -0.60, P=0.54	t= 0.91, P=0.36

Tablo 17. (devam)

Mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma			
Evet	8.9 ± 5.2	3.1 ± 2.7	21.9 ± 4.7
Hayır	17.7 ± 7.3	6.0 ± 3.8	19.8 ± 4.2
İstatistiksel Önem	**t= -5.02, P=0.00**	**t=-3.16, P=0.00**	**t= 1.98,P=0.04**
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz			
Doğru Seçim	13.0 ± 6.5	4.5 ± 2.9	21.0 ± 4.3
Bazen Yanlış Seçim	17.2 ± 6.4	6.0 ± 3.7	19.9 ± 3.9
Yanlış Seçim	23.5 ± 7.0	7.5 ± 4.3	18.3 ± 4.8
İstatistiksel Önem	**F=37.35, P=0.00**	**KW =17.15, P=0.00**	**F = 6.02, P= 0.00**
Çocuğunun Hekim Olmasını İsteme Durumu			
Evet	13.5 ± 6.3	4.9 ± 3.2	21.0 ± 4.4
Hayır	19.3 ± 7.3	6.3 ± 4.0	19.3 ± 4.1
İstatistiksel Önem	**t= -6.24, P=0.00**	**t= -2.92, P=0.00**	**t= 2.98, P=0.00**
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu			
Memnun	12.2 ± 7.2	4.5 ± 3.5	20.9 ± 4.4
Orta derece memnun	15.6 ± 6.2	5.3 ± 3.2	19.9 ± 3.8
Memnun değil	22.0 ± 7.3	7.3 ± 4.4	19.5 ± 5.0
İstatistiksel Önem	**F=32.06, P=0.00**	**KW= 14.31, P=0.00**	KW= 4.38, P=0.11

Hekimlerin mesleki özelliklerine göre MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo–18'de verilmiştir.

Nöbet tutma durumuna göre; nöbet tutmayan hekimlerin dışsal iş doyumu puan ortalamaları nöbet tutan hekimlerin puan ortalamalarından daha yüksek ve anlamlı saptanmıştır (P = 0.01).

Mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananların genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları, mesleğinin toplumda hak ettiğini değeri bulduğuna inanmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (P = 0.00, P = 0.00, P = 0.00).

Hekimlerin meslek seçimlerindeki düşünceleri incelendiğinde; genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasında önemli fark gözlenmiştir (P= 0.00, P = 0.00, P = 0.00). Yapılan ileri analizlerde, meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşünenlerin genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Çocuğunun hekim olmasını isteme durumu puan ortalamaları incelendiğinde; genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları, çocuğunun hekim olmasını isteyenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (P = 0.00, P = 0.00, P= 0.00).

Aile hekimliğinden memnuniyet durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde, genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasında önemli fark gözlenmiştir (P = 0.00, P = 0.00, P = 0.00). Yapılan ileri analizlerde aile hekimliğinden memnun olmayanların genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları, memnun olanlardan daha düşük bulunmuş ve farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hekimlerin çalıştıkları kuruma, yönetim ile ilgili görev varlığına, nöbet sayısına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında; genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasında fark önemsiz saptanmıştır. Aile hekimliği uygulamasında çalışma süresine, meslekte toplam çalışma süresine ve nöbet tutma durumuna göre; hekimlerin genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 18. Hekimlerin Mesleki Özellikleri İle İş Doyumu Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)

Kategori	Genel iş doyumu Ort ± SS	İçsel İş Doyumu Ort ± SS	Dışsal İş doyumu Ort ± SS
Çalışılan Kurum			
Aile Sağlığı Merkezi	3.21 ± 0.64	3.38 ± 0.64	2.95 ± 0.76
Toplum Sağlığı Merkezi	3.38 ± 0.56	3.59 ± 0.58	3.25 ± 0.65
İstatistiksel Önem	t= -1.56, P=0.12	t= -1.31, P=0.18	t=- 1.60, P=0.11
Yönetsel Görev			
Evet	3.29 ± 0.62	3.47 ± 0.66	3.01 ± 0.74
Hayır	3.21 ± 0.64	3.38 ± 0.64	2.96 ± 0.76
İstatistiksel Önem	t= 0.69, P=0.48	t= 0.87, P=0.38	t= 0.35, P=0.72
Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışma Süresi			
2 yıl ve altı	3.30 ± 0.60	3.49 ± 0.60	3.02 ± 0.74
3yıl ve üzeri	3.18 ± 0.65	3.34 ± 0.66	2.94 ± 0.76
İstatistiksel Önem	t = 1.47, P=0.46	t= 1.77, P=0.42	t= 0.84, P=0.68

Tablo 18. (devam)

Kategori	Genel iş doyumu Ort ± SS	İçsel İş Doyumu Ort ± SS	Dışsal İş doyumu Ort ± SS
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi			
6 yıl ve altı	3.32 ± 0.62	3.49 ± 0.62	3.08 ± 0.74
7-10	3.18 ± 0.64	3.31 ± 0.66	2.98 ± 0.74
11-17	3.10 ± 0.67	3.31 ± 0.68	2.78 ± 0.80
18 yıl ve üzeri	3.01 ± 0.56	3.26 ± 0.58	2.65 ± 0.66
İstatistiksel Önem	F= 2.36, P=0.07	F = 1.79, P=0.14	**F= 2.82, P=0.03**
Nöbet Tutma Durumu			
Evet	3.07 ± 0.64	3.32 ± 0.65	2.71 ± 0.72
Hayır	3.26 ± 0.63	3.41 ± 0.64	3.03 ± 0.75
İstatistiksel Önem	t= -1.77, P=0.07	t= -0.89, P=0.37	**t=-2.60, P=0.01**
Nöbet Sayısı (n=48)			
6 nöbet ve altı	3.10 ± 0.72	3.31 ± 0.69	2.78 ± 0.83
6 nöbetin üzeri	3.02 ± 0.47	3.33 ± 0.52	2.54 ± 0.49
İstatistiksel Önem	t=0.38, P=0.70	t= -0.09, P=0.92	t= 0.97, P=0.33
Mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma			
Evet	3.83 ± 0.40	3.1 ± 2.7	3.64 ± 0.53
Hayır	3.18 ± 0.63	6.0 ± 3.8	2.92 ± 0.74
İstatistiksel Önem	**U= 741.0, P=0.00**	**U=789.0, P=0.00**	**t= 4.01, P=0.00**
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz			
Doğru Seçim	3.55 ± 0.52	3.70 ± 0.52	3.32± 0.67
Bazen Yanlış Seçim	3.24 ± 0.53	3.43 ± 0.53	2.96 ± 0.68
Yanlış Seçim	2.64 ± 0.65	2.79 ± 0.69	2.41 ± 0.73
İstatistiksel Önem	**F=38.90, P=0.00**	**KW =51.12, P=0.00**	**F = 25.59, P= 0.00**
Çocuğunun Hekim Olmasını İsteme Durumu			
Evet	3.47 ± 0.56	3.65 ± 0.56	3.20 ± 0.71
Hayır	3.65 ± 0.56	3.24 ± 0.64	2.83 ± 0.75
İstatistiksel Önem	**t= 4.93, P=0.00**	**t= -2.92, P=0.00**	**t= 2.98, P=0.00**
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu			
Memnun	3.59 ± 0.50	3.69 ± 0.47	3.44 ± 0.68
Orta derece memnun	3.34 ± 0.55	3.53 ± 0.54	3.06 ± 0.70
Memnun değil	2.84 ± 0.67	3.01 ± 0.72	2.59 ± 0.73
İstatistiksel Önem	**F=25.07, P=0.00**	**KW= 34.82, P=0.00**	**F= 19.01, P=0.00**

Hekimlerin çalışma yaşamı ve işyerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo–19'da verilmiştir.

Hekimlerin TUS'a hazırlanıyor olma durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde; TUS'a hazırlanmayan hekimlerin kişisel başarı puan ortalamaları, hazırlanan hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (P = 0.05).

Hekimlerin çalışma ortamı memnuniyetine göre puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma ortamından memnun olmayanların duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları, çalışma ortamından memnun olanlar ve kısmen memnun olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (P = 0.00, P = 0.04). Yapılan İleri analizde farkın memnun olmayanlardan kaynaklandığı gözlenmiştir.

Hekimlerin işin beklentileri karşılama durumu puan ortalamaları incelendiğinde, işi beklentilerini karşılamadığını düşünen hekimlerin duygusal tükenmişliği daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (P = 0.00). Yapılan ileri analizde, farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Hekimlerin duyarsızlaşma ile işin beklentilerini karşılama durumu incelendiğinde ise, işinin beklentilerini karşıladığını düşünen hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalaması daha düşük ve anlamlı saptanmıştır ve yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı gözlenmiştir saptanmıştır

Fiziksel koşulları yeterli olarak düşünme durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel koşulları yetersiz bulan hekimlerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı bulunup, yapılan ileri analizde farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (P = 0.00, P = 0.02).

Hekimlerin kongre, kurs, seminere katılımları incelendiğinde; evet cevabını verenlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları daha düşük ve anlamlı saptanmıştır (P = 0.01). Kişisel başarı puan ortalamaları ise, katılmıyorum cevabı verenlerde daha düşük ve anlamlı bulunmuştur (P = 0.00). Yapılan ileri analizde farkın evet cevabını verenlerle, katılmıyorum cevabını verenlerden kaynaklandığı gözlenmiştir.

Son yıl içinde iş yerinde hizmet içi eğitim programı alma durumu incelendiğinde; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemsiz bulunmuştur.

Tıbbi yayın izleme durumuna göre hekimlerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemsiz saptanmıştır.

TUS'a hazırlanma durumuna göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Çalışma ortamı ve işin beklentilerini karşılama durumuna göre kişisel başarı puan ortalamaları arasında ki fark da önemsiz saptanmıştır.

Tablo 19. Hekimlerin Çalışma Yaşamı ve İşyeri ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)

Kategori	MTÖ – DT Ort ± SS	MTÖ-D Ort ± SS	MTÖ-KBP Ort ± SS
TUS'a Hazırlanma Durumu			
Evet	17.0 ± 7.1	6.5 ± 3.6	19.4 ± 4.2
Hayır	17.2 ±7.7	5.5 ±3.8	20.2 ±4.3
İstatistiksel Önem	t=0.99, P=0.32	t=-0.17, P=0.86	**t=1.96, P=0.05**
Çalışma Ortamı Memnuniyeti			
Evet	13.4 ± 6.3	5.1 ± 3.4	20.2 ± 4.1
Kısmen	17.4 ± 7.2	5.8 ± 3.7	19.8 ± 4.3
Hayır	21.9 ± 7.2	6.9 ± 4.2	20.1 ± 4.6
İstatistiksel Önem	**F= 21.75, P=0.00**	**F= 3.24, P= 0.04**	F =0.24, P= 0.78
İşin Beklentileri Karşılama Durumu			
Evet	10.4 ± 5.6	3.7 ± 2.9	20.4 ± 4.9
Kısmen	16.3 ± 6.3	5.7 ± 3.4	20.2 ± 3.7
Hayır	23.3 ± 6.9	7.3 ± 4.6	19.1 ± 5.3
İstatistiksel Önem	**F= 47.0, P=0.00**	**KW= 16.68, P= 0.00**	KW = 5.06, P= 0.07
İşyerinin Fiziki Koşulları			
Yeterli	16.6 ± 8.4	6.0 ± 3.8	19.7 ± 4.5
Kısmen yeterli	15.3 ± 6.5	5.2 ± 3.3	19.8 ± 4.2
Yetersiz	20.3± 7.2	6.6 ± 4.2	20.4 ± 4.3
İstatistiksel Önem	**F = 10.96, P=0.00**	**F = 3.60, P= 0.02**	F= 0.63, P= 0.53
Son Yıl İçinde Hizmet İçi Eğitim Programı			
Evet	17.4 ± 7.6	5.8 ± 3.8	20.2 ± 4.3
Hayır	15.6 ± 6.8	5.9 ± 3.4	18.8 ± 4.3
İstatistiksel Önem	t= 1.41, P=0.15	t= -0.22, P=0.81	t= 1.84, P=0.06
Kongre, Kurs, Seminere Katılım			
Evet, katılıyorum	13.1 ± 6.6	6.0 ± 4.2	21.4 ± 3.9
Fırsat buldukça	16.8 ± 7.2	5.5 ± 3.4	20.5 ± 4.1
Katılmıyorum	18.7 ± 7.9	6.5 ± 4.2	18.5 ± 4.5
İstatistiksel Önem	**F= 4.30, P= 0.01**	F= 1.86, P= 0.15	**F= 6.17, P= 0.00**
Tıbbi Yayın İzleme Durumu			
Evet	16.2 ± 6.8	6.4 ± 3.9	21.0 ± 3.7
Zaman zaman	16.5 ± 7.5	5.4 ± 3.6	20.2 ± 4.2
Hayır	18.6 ± 7.5	6.4 ± 4.0	19.2 ± 4.5
İstatistiksel Önem	F= 2.22, P= 0.11	F= 1.85, P= 0.15	F= 1.94, P= 0.14

Hekimlerin çalışma yaşamı ve işyerine göre MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo–20'de verilmiştir

Hekimlerin çalışma ortam memnuniyetlerine göre; genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu gözlenmiştir (P = 0.00, P = 0.00, P = 0.00). Yapılan ileri analizde, çalışma ortamından memnun olan hekimlerin genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

İşin beklentilerini karşılama durumu puan ortalamaları incelendiğinde; genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu gözlenmiştir (P = 0,00, P = 0,00, P= 0,05). Yapılan ileri analizde, işin beklentilerini karşıladığını düşünen hekimlerin genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları, işinin beklentilerini karşılamadığını ve kısmen karşıladığını düşünenlerden daha yüksek olduğu bulunmuş ve farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Fiziksel koşulların durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde; fiziki koşulları yeterli bulanların genel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları fiziki koşulları yetersiz ve kısmen yeterli bulanlardan daha yüksek ve anlamlı saptanmıştır (P= 0.02, P = 0.01). Farkın fiziki koşulları yetersiz cevabını verenlerden kaynaklandığı gözlenmiştir.

Son bir yıl içinde iş yerinde hizmet içi eğitimi alma durumu incelendiğinde; genel iş doyumu, içsel iş doyumu puan ortalamaları istatistiksel olarak önemli olduğu ve hizmet içi eğitim almadıklarını belirtenlerin genel iş doyumu, içsel iş doyumu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (P = 0.01, P = 0.05).

Kongre, kurs, seminere katılma durumu ile genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki fark önemli idi (P = 0.00, P = 0,04, P = 0,00). Yapılan ileri analizde evet yanıtını veren hekimlerin genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları daha yüksek gözlenmiştir ve farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hekimlerin TUS'a hazırlanma ve tıbbi yayın izleme durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde; genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu gözlenmiştir.

Tablo 20. Hekimlerin Çalışma Yaşamı ve İşyeri ile İş Doyumu Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=246)

Kategori	Genel iş doyumu Ort ± SS	İçsel İş Doyumu Ort ± SS	Dışsal İş Doyumu Ort ± SS
TUS'a Hazırlanma Durumu			
Evet	3.28 ± 0.59	3.46 ± 3.60	3.01 ± 0.70
Hayır	3.19 ± 0.66	3.36 ± 0.66	2.95 ± 0.78
İstatistiksel Önem	t=0.99, P=0.32	t=1.19, P=0.23	t=0.56, P=0.57
Çalışma Ortamı Memnuniyeti			
Evet	3.60 ± 0.57	3.70 ± 0.60	3.44 ± 0.67
Kısmen	3.16 ± 0.58	3.34 ± 0.59	2.88 ± 0.69
Hayır	2.83 ± 0.58	3.06 ± 0.65	2.49 ± 0.65
İstatistiksel Önem	**F= 26.96, P=0.00**	**F= 30,49, P= 0.00**	**F = 17.17, P= 0.00**
İşin Beklentileri Karşılama Durumu			
Evet	3.73 ± 0.55	3.85 ± 0.55	3.56 ± 0.67
Kısmen	3.29 ± 0.54	3.47 ± 0.53	3.03 ± 0.69
Hayır	2.74 ± 0.61	2.92 ± 0.69	2.46 ± 0.65
İstatistiksel Önem	**F= 47.0, P=0.00**	**KW= 16.68, P=0.00**	**KW = 5.06, P= 0.05**
İşyerinin Fiziki Koşulları			
Yeterli	3.37 ± 0.69	3.51 ± 0.70	3.16 ± 0.81
Kısmen yeterli	3.24 ± 0.55	3.41 ± 0.58	3.0 ± 0.65
Yetersiz	3.08 ± 0.68	3.28 ± 0.68	2.77 ± 0.82
İstatistiksel Önem	**F = 10.96, P=0.02**	F = 3.60, P= 0.13	**F= 0.63, P= 0.01**
Son Yıl İçinde Hizmet İçi Eğitim Programı			
Evet	3.18 ± 0.64	3.34 ± 0.65	2.94 ± 0.76
Hayır	3.44 ± 0.54	3.65 ± 0.53	3.13 ± 0.70
İstatistiksel Önem	**t= -2.43, P=0.01**	**t= -2.83, P=0.05**	t= -1.50, P=0.13
Kongre, Kurs, Seminere Katılım			
Evet, katılıyorum	3.53 ± 0.73	3.70 ± 0.75	3.27 ± 0.86
Fırsat buldukça	3.27 ± 0.59	3.44 ± 0.59	3.01 ± 0.74
Katılmıyorum	3.06 ± 0.66	3.22 ± 0.69	2.82 ± 0.74
İstatistiksel Önem	**F= 4.82, P= 0.00**	**F= 3.04, P= 0.04**	**F= 5.04, P= 0.00**
Tıbbi Yayın İzleme Durumu			
Evet	3.33 ± 0.74	3.51 ± 0.84	3.06 ± 0.74
Zaman zaman	3.26 ± 0.64	3.42 ± 0.63	3.01 ± 0.78
Hayır	3.13 ± 0.59	3.31 ± 0.61	2.86 ± 0.70
İstatistiksel Önem	F= 1.21, P= 0.29	F= 1.06, P= 0.34	F= 1.04, P= 0.35

4.7. Hekimlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri İle Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki İle İlgili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Hekimlerin tükenmişlik düzeyi ile bazı sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile lojistik regresyon analizi yapıldı.

MTÖ alt boyutları ile yapılan istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan değişkenlerle ilgili lojistik regresyon modeli Tablo–21, 22, 23'de verilmiştir.

Hekimlerin duygusal tükenme ve bazı kişisel değişkenler arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele duygusal tükenmişlik ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; tatile çıkma ve alkol kullanma durumu konmuştur

Hekimlerin tatil yapma, alkol kullanma durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli ve duygusal tükenmişlik üzerinde etkili risk faktörleri olduğu saptanmıştır (Tablo-21).

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile tatil yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, duygusal tükenmişlik riskinin her yıl tatile çıkanlardan 2.63 kat (OR = 2.63, % 95 G.A. = 1.48 – 4.69) daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin alkol kullanma durumu ve duygusal tükenmişlik arasındaki ilişki incelendiğinde; alkol kullananların alkol kullanmayanlara göre duygusal tükenmişlik riski alkol kullananlarda 2.94 kat (OR = 2.94, % 95 G.A. = 1.17 – 7.38) daha yüksek gözlenmiştir.

Tablo 21. Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Tatil Yapma Durumu		
Evet	1.00 (Ref.)	
Hayır	2.63(1.48 – 4.69)	**0.00**
Alkol Kullanma Durumu		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	2.94 (1.17 – 7.38)	**0.02**

Hekimlerin duyarsızlaşma ve bazı kişisel değişkenler arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele duyarsızlaşma ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; yaş, cinsiyet, medeni durum, alkol kullanma durumu, konmuştur.

Hekimlerin cinsiyetleri, yaş grupları, model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo – 22).

Hekimlerin cinsiyetlerine göre duyarsızlaşma boyutları incelendiğinde, erkek hekimlerin duyarsızlaşma riski, kadın hekimlerden 2.20 kat (OR = 2.20, % 95 G.A. =1.03 – 4.66) daha fazla bulunmuştur.

Hekimlerin duyarsızlaşma ile yaş grupları incelendiğinde, 29 yaş ve altında olan hekimlerin duyarsızlaşma düzeyleri 40 yaş ve üzeri olan hekimlerden 7.71 kat (OR=7.71, % 95 G.A.= 2.79–21.30) ve yine 30-39 yaş arasında olan hekimlerin duyarsızlaşma düzeyleri 40 yaş ve üzeri olan hekimlerden 3.18 kat (OR=3.18, % 95 G.A.= 1.45–7.01) daha yüksek saptandı. Yaş ilerledikçe duyarsızlaşma riskinin azaldığı gözlendi.

Hekimlerin medeni durum, alkol kullanma durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır.

Tablo 22. Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.

Kategori	**OR (% 95.0 G.A.)**	**P**
Cinsiyet		
Kadın	1.00 (Ref.	
Erkek	2.20 (1.03 – 4.66)	**0.04**
Yaş grupları		
40 yaş ve üzeri	1.00 (Ref.)	
30-39 yaş	3.18 (1.45 – 7.01)	**0.00**
29 yaş ve altı	7.71 (2.79– 21.30)	**0.01**

Hekimlerin kişisel başarı ve bazı kişisel değişkenler arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele kişisel başarı ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan yaş grupları ve tatil yapma durumu konmuştur

Hekimlerin yaş grupları, tatil yapma durumlarının model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–23).

Hekimlerin kişisel başarı puanı ve yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş arttıkça kişisel başarı puanının arttığı saptanmıştır. 40 yaş ve üzerindeki hekimlerin kişisel başarı puanının, 29 yaş altındaki hekimlerden 2.28 kat (OR = 2.28, % 95 G.A. =1,50– 4.92) yüksek olduğu bulunmuştur.

Hekimlerin kişisel başarı puanı ve tatil yapma durumları incelendiğinde, tatil yapanların kişisel başarı puanı, tatil yapmayanlardan 1.89 kat (OR = 1.89, % 95 G.A. =1,10– 3.25) daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 23. Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.

Kategori	**OR (% 95.0 G.A.)**	**P**
Yaş Grupları		
29 yaş altı	1.00 (Ref.)	
30-39	1.15 (0.62 – 2.13)	0.64
40 yaş ve üzeri	2,28 (1,50 – 4.92)	**0.03**
Tatil yapma durumu		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	1.89 (1.10 – 3.25)	**0.01**

MTÖ alt boyutları ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin mesleki özelliklerinin lojistik regresyon modeli Tablo–24, 25, 26'da verilmiştir.

Hekimlerin duygusal tükenme ve mesleki özelliklerinin arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele duygusal tükenmişlik ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; aile hekimliği uygulamasında çalışma süresi, nöbet durumu, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, mesleği hakkında düşünceleri, çocuğun hekim olmasını isteme durumu ve aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu konmuştur.

Hekimlerin mesleği hakkında ki düşünceleri, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu, model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–24).

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile mesleği hakkında ki düşünceleri incelendiğinde, meslek seçimi hakkında yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin, duygusal tükenmişlik riski doğru seçim yaptığını düşünenlerden 7.32 kat (OR = 7.32, % 95 G.A. = 2.53 – 21.17) daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu incelendiğinde, uygulamadan memnun olmayanların duygusal tükenmişlik riski memnun olanlardan 5.65 kat (OR = 5.65, % 95 G.A. = 2.08 – 15.37) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin nöbet durumu, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, çocuğun hekim olmasını isteme durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 24. Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz		
Doğru seçim	1.00 (Ref.)	
Bazen yanlış seçim	1.61 (0.78 – 3.34)	0.19
Yanlış seçim	7.32 (2.53 – 21.17)	**0.00**
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu		
Memnun	1.00 (Ref.)	
Orta derecede memnun	1.52 (0.61– 3.76)	0.36
Memnun değil	5.65 (2.08 – 15.37)	**0.00**

Hekimlerin duyarsızlaşma ve mesleki özelliklerinin arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele duyarsızlaşma ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; meslekte toplam çalışma süresi, nöbet durumu, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, mesleği hakkında düşünceleri, çocuğunun hekim olmasını isteme durumu ve aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu konmuştur.

Hekimlerin meslekte toplam çalışma süresi, mesleği hakkındaki düşünceleri, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–25).

Hekimlerin duyarsızlaşma ile meslekte toplam çalışılan süresi arasındaki ilişki incelendiğinde, meslekte toplam çalışma süresi 6 yıl ve daha az olan hekimlerin ve çalışma süresi 7-10 yıl olan hekimlerin duyarsızlaşma riski çalışma yılı 18 yıl ve üzerinde olanlardan sırasıyla 4.99 kat (OR = 4.99, %95 G.A.= 1.52–16.34) ve 3.73 kat (OR = 3.73, %95 G.A.= 1.18–11.56) daha yüksek olup, çalışma yılı arttıkça riskin azaldığı gözlenmiştir**.**

Hekimlerin duyarsızlaşma ile meslek seçim hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde, yanlış seçim yaptığını düşünen ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin duyarsızlaşma riski doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerden sırasıyla 2.50 kat (OR =2.50, % 95 G.A. =1.11 – 5.61) ve 2.02 kat (OR =2.02, % 95 G.A. =1.09 – 3.74) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin duyarsızlaşma ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu incelendiğinde, uygulamadan memnun olmayanların duyarsızlaşma riski, uygulamadan memnun olanlardan 3.44 kat (OR = 3.44, % 95 G.A. = 1.36 – 8.69) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin nöbet durumu, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, çocuğun hekim olmasını isteme durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur.

Tablo 25. Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Meslekte toplam çalışma süresi		
18 yıl ve üzeri	1.00 (Ref.)	
11-17	1.81 (0.52 – 6.25)	0.34
7-10	3,73 (1,18 – 11,56)	**0.02**
6 yıl ve altı	4.99 (1,52 – 16.34)	**0.00**
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz		
Doğru seçim	1.00 (Ref.)	
Bazen yanlış seçim	2.02 (1.09 – 3.74)	**0.02**
Yanlış seçim	2.50 (1.11 – 5.61)	**0.02**
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu		
Memnun	1.00 (Ref.)	
Orta derecede memnun	1.82 (0.79 – 4.20)	0.15
Memnun değil	3.44 (1.36 – 8.69)	**0.00**

Hekimlerin kişisel başarı ve mesleki özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Oluşturulan modele kişisel başarı ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; meslekte toplam çalışma süresi, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, mesleği hakkında düşünceleri, çocuğun hekim olmasını isteme durumu konmuştur.

Hekimlerin meslekte toplam çalışma süresi, mesleği hakkındaki düşüncelerinin model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo– 26).

Hekimlerin kişisel başarı ile meslekte toplam çalışma süresi incelendiğinde, çalışma yılı arttıkça kişisel başarı puanının arttığı bulunmuştur. Meslekte 18 yıl ve üzerinde çalışanların kişisel başarı puanı 6 yıl ve altında çalışanlardan 3.97 kat (OR = 3.97, % 95 G.A. = 1.30 – 12.1) daha yüksek saptanmıştır

Hekimlerin kişisel başarı ile meslek seçimi hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde, doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin kişisel başarı puanının

yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden 2.97 kat (OR =2.97, % 95 G.A. =1.19–7.39) daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Hekimlerin mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, çocuğun hekim olmasını isteme durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır

Tablo 26. Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Meslekte Toplam Çalışma Süresi		
6 yıl ve altı	1.00 (Ref.)	
7 -10 yıl	0.70 (0.36 – 1,34)	0.28
11 -17 yıl	0.91 (0.43 – 1.91)	0.80
18 yıl ve üzeri	3.97 (1.30 – 12.1)	**0.01**
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz		
Yanlış seçim	1.00 (Ref.)	
Doğru seçim	2.97 (1.19 – 7.39)	**0.01**
Bazen yanlış seçim	1.70 (0.80 – 3.63)	0.16

MTÖ alt boyutları ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin çalışma yaşamı ve iş yeri özelliklerinin lojistik regresyon modeli Tablo–27, 28, 29'da verilmiştir.

Hekimlerin duygusal tükenmişlik ile çalışma yaşamı ve iş yeri özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele duygusal tükenmişlik ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; çalışma ortamı memnuniyeti, işin beklentileri karşılama durumu, işyerinin fizik koşulları, kongre, kurs, seminere katılım durumu konmuştur.

Hekimlerin işin beklentileri karşılama durumu, iş yerinin fiziki koşullarının model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo– 27).

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile işinin beklentilerini karşılama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; işi beklentilerini karşılamayan ve kısmen karşılayan hekimlerin duygusal tükenmişlik riski, işinin beklentilerini karşılayan hekimlerden sırasıyla 19.95 kat (OR= 19.95, %95 G.A. = 5.62 – 70.80) ve 4.33 kat (OR= 4.33, %95 G.A. = 1.47 – 12.70) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile işyerinin fiziki koşulları arasındaki ilişki incelendiğinde, işyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerin duygusal tükenmişlik riski, işyerinin fiziki koşullarını yeterli bulan hekimlerden 2.33 kat (OR=2.33, %95 G.A.= 1.14 – 4.75) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin çalışma ortamı memnuniyeti, kongre, kurs, seminere katılım durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır

Tablo 27. Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
İşin Beklentileri Karşılama Durumu		
Evet	1.00 (Ref.)	
Kısmen	4.33 (1.47 – 12.70)	**0.00**
Hayır	19.95 (5.62 – 70.80)	**0.00**
İşyerinin Fiziki Koşulları		
Yeterli	1.00 (Ref.)	
Kısmen yeterli	0.71 (0.37 – 1.35)	0.30
Yetersiz	2.33 (1.14 – 4.75)	**0.01**

Hekimlerin duyarsızlaşma ile çalışma yaşamı ve iş yeri özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele duyarsızlaşma ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; çalışma ortamı memnuniyeti, işyerinin fizik koşulları, işin beklentileri karşılama durumu konmuştur.

Hekimlerin işin beklentileri karşılama durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–28).

Hekimlerin duyarsızlaşma ile işinin beklentilerini karşılama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, işi beklentilerini karşılamayan ve kısmen karşılayan hekimlerin duyarsızlaşma riski işinin beklentilerini karşılayan hekimlerden sırasıyla 3.72 kat (OR= 3.72, %95 G.A. = 1.46 – 9.49) ve 2.74 kat (OR= 2.74, %95 G.A. = 1.18 – 6.34) daha yüksek saptandı.

Hekimlerin çalışma ortamı memnuniyeti, işyerinin fizik koşullarının modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

Tablo 28. Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
İşin Beklentileri Karşılama Durumu		
Evet	1.00 (Ref.)	
Kısmen	2.74 (1.18 – 6.34)	**0.01**
Hayır	3.72 (1.46 – 9.49)	**0.00**

Hekimlerin kişisel başarı ile çalışma yaşamı ve iş yeri özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele kişisel başarı ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; TUS'a hazırlanma, hekimlerin kongre, kurs ve seminere katılımı konmuştur.

Hekimlerin kongre, kurs, seminere durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–29).

Hekimlerin kişisel başarı ile kongre, kurs, seminere katılımları ilişkisi incelendiğinde, kongre, kurs, seminere sık sık katılanların ve fırsat buldukça katılanların kişisel başarı puanları katılmayanlardan sırasıyla 6.66 kat (OR= 6.66, %95 G.A. = 1.96–22.63) ve 1.95 kat (OR= 1.95, %95 G.A. = 1.09–3.49) daha yüksek gözlendi.

Hekimlerin TUS'a hazırlanmanın modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır.

Tablo 29**.** Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Kongre, Kurs, Seminere Katılım		
Katılmıyorum	1.00 (Ref.)	
Evet, sık sık katılıyorum	6.66 (1.96 – 22.63)	**0.00**
Fırsat buldukça katılıyorum	1.95 (1.09 – 3.49)	**0.00**

İş Doyumu alt boyutları ile yapılan istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin kişisel özelliklerinin lojistik regresyon modeli Tablo–30, 31, 32'de verilmiştir.

Hekimlerin genel iş doyumu ile bazı kişisel özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele genel iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak cinsiyet, yerleşim birimleri ve tatil yapma durumu konmuştur.

Hekimlerin cinsiyetlerinin ve yerleşim birimlerinin model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–30).

Hekimlerin cinsiyetlerine göre genel iş doyumları incelendiğinde kadınların genel iş doyumu erkeklerden 1.79 kat (OR= 1.79, %95 G.A. = 1.30–3.20) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin yerleşim birimleri ile genel iş doyumları incelendiğinde; belde-köyde ve ilçede yaşayanların genel iş doyumlarının il merkezinde yaşayanlardan sırasıyla 2.91 kat (OR= 2.91, %95 G.A. = 1.70–7.95) ve 2.24 kat (OR= 2.24, %95 G.A. = 1.14–4.40) daha yüksek gözlendi.

Hekimlerin tatil yapma durumunun modele etkisinin önemli olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 30. Hekimlerin Genel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Cinsiyet		
Erkek	1.00 (Ref.)	
Kadın	1.79 (1.30 – 3.20)	**0.04**
Yerleşim birimi		
İl merkezi	1.00 (Ref.)	
İlçe	2.24 (1.14 – 4.40)	**0.01**
Belde-köy	2.91 (1.70 – 7.95)	**0.03**

Hekimlerin içsel iş doyumu ile bazı kişisel özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele içsel iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak cinsiyet, yerleşim birimleri ve tatil yapma durumu konmuştur.

Hekimlerin düzenli tatil yapma durumlarının model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–31).

Hekimlerin düzenli tatil yapma durumları ile içsel iş doyumları incelendiğinde, düzenli olarak tatil yapanların içsel iş doyumlarının yapmayanlara göre 2.29 kat (OR= 2.29, %95 G.A. = 1.30–4.04) daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin cinsiyetlerinin ve yerleşim yerlerinin modele etkisinin önemli olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 31. Hekimlerin İçsel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Tatil yapma durumu		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	2.29 (1.30 – 4.04)	**0.00**

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile bazı kişisel özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele dışsal iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişken olarak cinsiyet, tatil yapma durumu konmuştur.

Hekimlerin cinsiyetlerinin model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–32).

Hekimlerin cinsiyetlerine göre dışsal iş doyumları incelendiğinde kadınların dışsal iş doyumu erkeklerden 2.63 kat (OR= 2.63, %95 G.A. = 1.42–4.87) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin tatil yapma durumlarının modele etkisinin önemli olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 32. Hekimlerin Dışsal İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Cinsiyet		
Erkek	1.00 (Ref.)	
Kadın	2.63 (1.42 – 4.87)	**0.00**

İş Doyumu alt boyutları ile yapılan istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin mesleki değişkenlerinin lojistik regresyon modeli Tablo–33, 34, 35'de verilmiştir.

Hekimlerin genel iş doyumu ile mesleki değişkenleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir

Oluşturulan modele genel iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, mesleği hakkında düşünceleri, çocuğun hekim olmasını isteme durumu, aile hekimliğinden memnuniyet durumu konmuştur.

Hekimlerin mesleği hakkındaki düşünceleri, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet, mesleğinin toplumda hak ettiğini inanma durumu model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–33).

Hekimlerin genel iş doyumu ile meslek seçimi hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde, doğru seçim yaptığını düşünen ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin genel iş doyumu, yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden sırasıyla 5.66 kat (OR = 5.66, % 95 G.A. = 2.18–14.71) ve 3.95 kat (OR= 3.95, %95 G.A. = 1.62–9.58) daha yüksek saptandı.

Hekimlerin genel iş doyumu ile aile hekimliğinden memnuniyet durumları incelendiğinde, aile hekimliğinden memnun olanların genel iş doyumları memnun olmayanlardan 2.75 kat (OR = 2.75, % 95 G.A. = 0.95–7.92) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin genel iş doyumu ile mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu incelendiğinde, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananların genel iş doyumu mesleğinin toplumda hak etmediğine inananlardan 13.36 kat (OR = 13.36, % 95 G.A. = 1.57–113.48) daha yüksek saptandı.

Tablo 33. Hekimlerin Genel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz		
Yanlış seçim	1.00 (Ref.)	
Doğru seçim	5.66 (2.18 – 14.71)	**0.00**
Bazen yanlış seçim	3.95 (1.62 – 9.58)	**0.00**
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu		
Memnun değil	1.00 (Ref.)	
Memnun	2.75 (0.95 – 7.92)	0.06
Orta derecede memnun	2.64 (1.34 – 5.18)	**0.00**
Mesleğinin Toplumda Hak Ettiği Değeri Bulduğuna İnanma		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	13.36 (1.57 – 113.48)	**0.01**

Hekimlerin içsel iş doyumu ile mesleki değişkenleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir

Oluşturulan modele içsel iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, mesleği hakkında düşünceleri, çocuğun hekim olmasını isteme durumu, aile hekimliğinden memnuniyet durumu konmuştur.

Hekimlerin çocuğunu hekim olmasını isteme, mesleği hakkında ki düşünceleri, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–34).

Hekimlerin içsel iş doyumu ile çocuğunun hekim olmasını isteme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin istemeyenlere göre içsel iş doyumu 2.89 kat (OR = 2.89, % 95 G.A. = 1.59–5.25) daha yüksek gözlenmiştir

Hekimlerin içsel iş doyumu ile meslek seçimi hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde, doğru seçim yaptığını düşünen ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin, içsel iş doyumunun yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden sırasıyla 5.84 kat (OR = 5.84, % 95 G.A. = 1.96–17.41) ve 3.75 kat (OR= 3.75, %95 G.A. = 1.43–9.80) daha yüksek saptandı.

Hekimlerin içsel iş doyumu ile aile hekimliğinden memnuniyet durumları incelendiğinde, aile hekimliğinden memnun olanların ve orta derecede memnun olanların içsel iş doyumları, memnun olmayanlardan sırasıyla 4.16 kat (OR = 4.16, % 95 G.A. = 1.47–11.78) ve 2.36 kat (OR= 2.36, %95 G.A. = 1.19–4.68) daha yüksek saptandı.

Hekimlerin içsel iş doyumu ile mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu incelendiğinde, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananların, içsel iş doyumu hak etmediğine inananlardan 11.12 kat (OR = 11.12, % 95 G.A. = 1.36–90.76) daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 34. Hekimlerin İçsel İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
Çocuğunun hekim olmasını isteme durumu		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	2.89 (1.59 – 5.25)	**0.00**
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz		
Yanlış seçim	1.00 (Ref.)	
Doğru seçim	5.84 (1.96 – 17.41)	**0.00**
Bazen yanlış seçim	3.75 (1.43 – 9.80)	**0.00**
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu		
Memnun değil	1.00 (Ref.)	
Memnun	4.16 (1.47- 11.78)	**0.00**
Orta derecede memnun	2.36 (1.19 – 4.68)	**0.01**
Mesleğinin Toplumda Hak Ettiği Değeri Bulduğuna İnanma		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	11.12 (1.36 – 90.76)	**0.02**

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile mesleki değişkenleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir

Oluşturulan modele dışsal iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; meslekte toplam çalışma süresi, nöbet durumu, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumu, mesleği hakkında düşünceleri, çocuğun hekim olmasını isteme durumu, aile hekimliğinden memnuniyet durumu konmuştur.

Hekimlerin mesleği hakkında ki düşünceleri, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet, mesleğinin toplumda hak ettiğini inanma durumu model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–35).

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile meslek seçimi hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde, doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin, dışsal iş

doyumunun yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden 5.59 kat (OR = 5.84, % 95 G.A. = 2.12–14.73) yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile aile hekimliğinden memnuniyet durumları incelendiğinde, aile hekimliğinden memnun olanların dışsal iş doyumları, memnun olmayanlardan 3.25 kat (OR = 3.25, % 95 G.A. = 1.16–9.14) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile mesleğinin toplumda hak ettiğini inanma durumu incelendiğinde, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananların dışsal iş doyumu, hak etmediğine inananlardan 9.32 kat (OR = 9.32, % 95 G.A. = 1.15–75.64) daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 35. Hekimlerin Dışsal İş Doyumu Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	**OR (% 95.0 G.A.)**	**P**
Meslek Seçimi Hakkındaki Düşünceleriniz		
Yanlış seçim	1.00 (Ref.)	
Doğru seçim	5.59 (2.12 – 14.73)	**0.00**
Bazen yanlış seçim	3.09 (1.39 – 6.83)	**0.00**
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu		
Memnun değil	1.00 (Ref.)	
Memnun	3.25 (1.16 – 9.14)	**0.02**
Orta derecede memnun	1.28 (0.69 – 2.38)	0.42
Mesleğinin Toplumda Hak Ettiği Değeri Bulduğuna İnanma		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	9.32 (1.15 – 75.64)	**0.03**

İş Doyumu alt boyutları ile yapılan istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin çalışma yaşamı ve iş yeri özelliklerinin lojistik regresyon modeli Tablo–36, 37, 38'de verilmiştir.

Hekimlerin genel iş doyumu ile çalışma ortamı ve eğitim özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir

Oluşturulan modele genel iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentileri karşılama durumu, fiziki koşullar, hizmet içi eğitim programına katılma, kongre, kurs, seminere katılımı konmuştur.

Hekimlerin, işin beklentileri karşılama durumu, çalışma ortam memnuniyetleri, son yıl içinde hizmet içi eğitim programına katılma, kongre, kurs, seminere katılım durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–36).

Hekimlerin genel iş doyumu ile işinin beklentilerini karşılama durumu incelendiğinde, işi beklentilerini karşılayan hekimlerin genel iş doyumu, beklentilerini karşılamadığını düşünenlerden 8.78 kat (OR= 19.95, %95 G.A. = 2.50–30.82) yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin genel iş doyumu ile çalışma ortam memnuniyetleri incelendiğinde, çalışma ortamından memnun olanların çalışma ortamından memnun olmayanlara göre genel iş doyumu 5.53 kat (OR= 5.53, %95 G.A. = 2.11–14.49) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin genel iş doyumu ile son yıl içinde hizmet içi eğitim programına katılma durumu incelendiğinde, hizmet içi eğitim programı alanların almayanlara göre genel iş doyumu 2.48 kat (OR= 5.53, %95 G.A. = 1.09–5,63) daha yüksek gözlenmiştir.

Hekimlerin genel iş doyumu ile kongre, kurs, seminere katılım durumları incelendiğinde fırsat buldukça katılanların katılmayanlara göre genel iş doyumu 5.35 kat (OR= 5.35, %95 G.A. = 1,29–22,14) yüksek saptanmıştır.

Tablo 36. Hekimlerin Genel İş Doyumu Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
İşin Beklentileri Karşılama Durumu		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	8.78 (2.50 – 30.82)	**0.00**
Kısmen	1.84 (0.80 – 4.24)	0.15
Çalışma ortam memnuniyeti		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	5.53 (2.11 – 14.49)	**0.00**
Kısmen	1.84 (1.14 – 4.75)	0.15
Son yıl içinde hizmet içi eğitim programı		
Evet	1.00 (Ref.)	
Hayır	2.48 (1.09 – 5,63)	**0.03**
Kongre, kurs, seminere katılım		
Katılmıyorum	1.00 (Ref.)	
Fırsat buldukça katılıyorum	5,35 (1,29 – 22,14)	**0.02**
Evet sık sık katılıyorum	1.48 (0.78 – 2.83)	0.22

Hekimlerin içsel iş doyumu ile çalışma yaşamı ve iş yeri özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Oluşturulan modele içsel iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentileri karşılama durumu, hizmet içi eğitim programına katılma durumu, kongre, kurs, seminere katılımı konmuştur.

Hekimlerin işin beklentileri karşılama durumu, çalışma ortam memnuniyetleri, son yıl içinde hizmet içi eğitim programına katılma, kongre, kurs, seminere katılım durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–37).

Hekimlerin içsel iş doyumu ile işinin beklentilerini karşılama durumu incelendiğinde, işi beklentilerini karşılayan ve işi beklentilerini kısmen karşılayan hekimlerin içsel iş doyumu, beklentilerini karşılamadığını düşünenlerden sırasıyla 11.30 kat (OR= 11.30, %95 G.A. = 2,84–44,88) ve 2.74 kat (OR=2.74, %95 G.A.=1.18–6.37) daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin içsel iş doyumu ile çalışma ortam memnuniyeti incelendiğinde, çalışma ortamından memnun olanların içsel iş doyumu, memnun olmayanlardan 2.93 kat (OR= 2.93, %95 G.A. = 1.11–7,74) daha yüksek gözlenmiştir.

Hekimlerin içsel iş doyumu ile son yıl içinde hizmet içi eğitim programına katılma durumu incelendiğinde, hizmet içi eğitim programı almayanların içsel iş doyumu, alanlara göre 2.48 kat (OR= 5.53, %95 G.A. = 1.09–5,63) daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin içsel iş doyumu ile kongre, kurs, seminere katılım durumları incelendiğinde, fırsat buldukça katılanların katılmayanlara göre içsel iş doyumu 8.28 kat (OR= 8.28, %95 G.A. = 1,97–34,79) daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 37. Hekimlerin İçsel İş Doyumu Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
İşin Beklentileri Karşılama Durumu		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	11,30 (2,84 – 44,88)	**0.00**
Kısmen	2,74 (1,18 – 6,37)	**0.01**
Çalışma ortam memnuniyeti		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	2,93 (1.11 – 7,74)	**0.00**
Kısmen	0.93 (0.39 – 2.18)	0.86
Son yıl içinde hizmet içi eğitim programı		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	2.48 (1.09 – 5,63)	**0.03**
Kongre, kurs, seminere katılım		
Katılmıyorum	1.00 (Ref.)	
Fırsat buldukça katılıyorum	8,28 (1,97 – 34,79)	**0.00**
Evet sık sık katılıyorum	1,55 (0.79 – 3.04)	0.20

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile çalışma yaşamı ve iş yeri özellikleri arasındaki ilişkileri incelenmiştir

Oluşturulan modele dışsal iş doyumu ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentileri karşılama durumu, fiziki koşullar hizmet içi eğitim programına katılma durumu, kongre, kurs, seminere katılımı konmuştur.

Hekimlerin işin beklentileri karşılama durumu, çalışma ortam memnuniyetleri model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo–38).

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile işinin beklentilerini karşılama durumu incelendiğinde, işi beklentilerini karşılayan hekimlerin dışsal iş doyumu, beklentilerini karşılamadığını düşünenlerden 7.06 kat (OR= 7.06, %95 G.A. = 2,10–23,72) daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin dışsal iş doyumu ile çalışma ortam memnuniyet durumu incelendiğinde, çalışma ortamından memnun olanların dışsal iş doyumu memnun olmayanlardan 5.90 kat (OR= 5.90, %95 G.A. = 2,32–14,96) yüksek bulunmuştur.

Tablo 38. Hekimlerin Dışsal İş Doyumu Boyutuna Göre Çalışma Yaşamı ve İş Yeri Özelliklerine Ait Binary Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Kategori	OR (% 95.0 G.A.)	P
İşin Beklentileri Karşılama Durumu		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	7,06 (2,10 – 23,72)	**0.00**
Kısmen	2,28 (1,10 – 4.70)	**0.02**
Çalışma ortam memnuniyeti		
Hayır	1.00 (Ref.)	
Evet	5,90 (2,32 – 14,96)	**0.00**
Kısmen	2,36 (1,06 – 5,27)	**0.03**

5. TARTIŞMA

Araştırmamıza Erzurum il genelinde birinci basamakta görevli 246 hekim katılmıştır. MTÖ ve MİDÖ'nin güvenirliğine ait bulgulara, tükenmişlik ve iş doyumu ölçeğinin alt boyutlarının birbiri ile ilişkisine ve bazı bağımsız değişkenlerle ilişkisine ait bulgular mevcut literatür ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Tartışma bulgular bölümündeki sıraya uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmamızda kullanılan MTÖ'ne ait Cronbach-alpha değeri duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı için sırasıyla 0.90, 0.73, 0.77 olarak bulunmuştur (Tablo-3).

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ölçeğin güvenirlik katsayısı ölçeğin alt boyutlarına göre 0.88, 0.83 ve 0.72 olarak saptanmıştır.[81] Ergin tarafından Türkçeye uyarlamış ve sağlık personeli için geçerlilik, güvenirlik çalışmaları yapılmış olan ölçeğin üç alt boyutuna ait Cronbach-alpha katsayıları; sırasıyla 0.83, 0.65 ve 0.72'dir.[9] Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olarak bulunmuştur

Araştırmamızda kullanılan MİDÖ'ne ait yaptığımız güvenirlik analizi sonuçlarına göre; Cronbach-alpha değeri genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu için sırasıyla 0.90, 0.86 ve 0.80 olarak bulunmuştur (Tablo-4).

Martins' in sağlık personelinde yapmış olduğu araştırmada Cronbach-alpha değeri ölçeğin alt boyutlarına göre sırasıyla 0.88, 0.87 ve 0.77 olarak saptanmıştır.[132] Erdem'in ikinci basamak sağlık personelinde yaptığı çalışmada ise Cronbach-alpha değerleri ölçeğin alt boyutlarına göre sırasıyla 0.84, 0.84 ve 0.90 olarak saptanmıştır.[133] Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Çalışmamızda duygusal tükenme ile duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon varken, kişisel başarı puanı ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo–5). Sonuçlarımız Koşan, Özyurt ve Ünal'ın hekimler üzerinde yaptıkları çalışmalarla uyumludur.[13,40,134]

Çalışmamızda genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (Tablo–5). Erdem ve arkadaşlarının Elâzığ da sağlık personelinde yaptıkları çalışmada da çalışmamızla benzer sonuçlar saptanmıştır.[133]

Çalışmamızda duygusal tükenme, duyarsızlaşma puanları ile genel iş doyumu, içsel iş doyumu, dışsal iş doyumu puanları arasında negatif yönde korelasyon saptanırken, kişisel başarı puanı ile genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (Tablo–5). Sonuçlarımız Erdem ve Akpınar'ın ikinci basamak sağlık çalışanlarında yapmış oldukları çalışmalarla uyumludur.[133,135] Stresle daha etkin başa çıkabilen kişilerin kendilerini tükenmişlikten daha fazla koruyacakları ve iş yaşamından daha fazla doyum alabilecekleri düşünülebilir.

Yaş ile duyarsızlaşma puanı arasında negatif, kişisel başarı puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişki saptanırken, yaş ile duygusal tükenme puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo–6). Sonuçlarımız Kirwan'ın İngiltere'de pratisyen hekimlerde ve Sünter'in Samsun'da pratisyen hekimlerde yaptıkları çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.[136,137]

Meslekte toplam çalışılan süre ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo–6). Sonuçlarımız Kurçer'in ikinci basamak sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmayla uyumlu bulunmuştur.[24] Koşan'ın Erzurum' da tüm basamaklarda görev yapan hekimlerde yaptığı çalışmada ise çalışma yılı arttıkça duygusal tükenmişliğin azaldığı saptanmıştır.[13]

Çalışmamızda çocuk sayısı ile duyarsızlaşma puanı arasında negatif korelasyon saptandı. Çocuk sayısı arttıkça duyarsızlaşmanın azaldığı gözlendi (Tablo–6). Özyurt'un İstanbul'da hekimlerde yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır.[40]

Çalışmamızda dışsal iş doyumu puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı (Tablo–7). Herzberg yaş ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi "U" seklinde bir eğri ile açıklamıştır. İş doyumunun yirmili yaşlarda yükselmekte, otuzlu yaşlarda düşmekte olduğunu daha sonra yaş ilerledikçe tekrar yükseldiğini belirtmiştir.[138] Çalışmamızda yaş ortalaması 34.5 olup, sonuçlarımız Herzberg'in sonuçlarıyla uyumlu olarak bulunmuştur. Sevimli'nin Erzurum'da yapmış olduğu çalışmada iş doyumu puanı ile yaş arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.[22] Bu

farklılığın nedeni Sevimli'nin çalışmasının tüm basamakta görevli hekimlerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir düşüncesindeyiz.

Meslekte toplam çalışma süresi ile tüm iş doyumu alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon gözlendi (Tablo–7). Sevimli'nin çalışmasın da ise iş doyumu ile meslekte toplam çalışma süresi arasında pozitif yönde önemli bir ilişki bulunmuştur.[22] Sevimli'nin çalışmasının tüm basamakta görevli hekimlerde yapılmış olmasından bu farklılık kaynaklanıyor olabilir.

Çocuk sayısı ile tüm iş doyumu alt boyutları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir (Tablo–7). Sonuçlarımız Tözün'ün birinci basamakta görevli hekimlerde yaptığı çalışma ile benzerdir.[23]

Çalışmamızda aylık nöbet sayısı ile iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (Tablo–7). Sonuçlarımız Özyurt'un hekimlerde yaptığı çalışmanın sonucuyla uyumludur.[40]

Çalışmamıza katılan hekimlerde, tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo–8).

Dünyada ve ülkemizde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde bulunan tükenmişlik düzeyleri Tablo–40'da özetlenmiştir.[9,13,14,40,134,139,140,141,142,143,144,145,146,147,148]

Marcelino'nun Portekiz'de, Goehringa'nın İsveç'te ve Grassi'nin İtalya'da pratisyen hekimlerde yapmış oldukları çalışmalarda duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları çalışmamızla benzer bulunmuş olup, kişisel başarı puanları ise daha yüksek saptanmıştır.[139,140,141] Bunun nedenleri olarak, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminin farklılığı, ülkemizde sevk zincirinin işletilmemesi, hastaların birinci basamağı atlayarak diğer kurumlara ulaşımlarının kolay olması ve hastaların birinci basamakta görevli hekimlere tedavi amaçlı başvurularının kısıtlı olması bu nedenle de hekimlerin kendilerini işlerinde yeterli bulamaması gösterilebilir. Ergin, Sağlık-SEN, Öztürk, Saraçoğlu'nun sonuçlarının ortalamaları çalışmamızdan daha yüksek olup tükenmişlik düzeyleri çalışmamızdan farklı olarak orta düzeydedir.[9,142,143,144] Farklılık bölge koşullarından kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 40. Dünyada ve ülkemizde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri

	DT	**D**	**KBN**
	Ort. ± SS	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**
Bizim Çalışmamız (2013)	17.14 ± 7.53	5.85 ±3.80	20.0 ± 4.34
Marcelino (2012)	16.0 ± 19.0	4.0 ± 5.0	41.0 ± 8.0
Goehringa (2002)	17.9 ± 9.8	6.5 ± 4.7	39.6 ± 6.5
Grassi (2000)	18.5 ± 11.5	6.1 ± 5.9	38.5 ± 7.6
SAĞLIK-SEN(2012)	23.96 ± 7.67	9.51 ±3.78	28.9 ± 5.6
Öztürk (2012)	22,19±5,75	9,49±3,33	18,08±4,46
Saraçoğlu(2010)	23.15±7.01	10.59±3.70	17.73±4.48
Uğur (2010)	14.1 ± 6.75	4.9 ± 3.72	20.6 ± 4.63
Koşan (2010)	15.6 ± 7.0	5.7 ± 3.9	21.0 ± 4.4
Buğdaycı (2007)	12,88 ± 6,2	4,41 ± 3,2	22,17± 4,9
Yavuzyılmaz (2007)	14.17± 5.94	5.00 ± 2.79	9.49 ± 3.21
Kaya (2007)	14.63 ± 6.38	4.02 ± 3.15	10.80 ± 4.62
TTB (2005)	15.4 ± 6.7	5.5 ±3.5	22.0 ± 4.0
Ünal (2001)	14.06 ± 6.05	5.31 ± 3.12	20.57 ± 4.23
Özyurt (2003)	15.2 ± 5.8	4.4 ± 3.3	23.3 ± 4.2
Ergin (1992)	21.8±6.2	9.3±3.3	26.8±3.9

Çalışmamızda genel iş doyumu puan ortalaması 3.22, içsel iş doyumu puan ortalaması 3.39 ve dışsal iş doyumu puan ortalaması ise 2.97 olarak bulunmuştur **(**Tablo–9).

Dünyada ve ülkemizde hekimlerde yapılan bazı çalışmaların iş doyumu düzeyleri Tablo–41'de özetlenmiştir.[22,23,40,145,149,150,151,152]

Mutlupoyraz'ın Adana'da, Tözün'ün Eskişehir'de yaptıkları çalışmalarda iş doyumu düzeyleri çalışmamızın puan ortalamalarından daha yüksek bildirilmiştir.[23,150] Bu yüksekliğin bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşüncesindeyiz. Sonuçlarımız Topal'ın çalışmasından ise daha yüksek bulunmuştur, Topal'ın çalışmasının ikinci basamak hekimlerinde yapılmış olmasından farklılığın kaynaklanmış olabileceği düşüncesindeyiz.[151]

Tablo 41. Dünyada ve ülkemizde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde yapılan bazı çalışmaların iş doyumu düzeyleri

	GİD	**İİD**	**DİD**
	Ort. ± SS	**Ort. ± SS**	**Ort. ± SS**
Bizim Çalışmamız (2013)	3.22 ± 0,63	3.39 ± 0.64	2.97 ± 0.75
J. Fu (2013)	65.86±12.83		
Mutlupoyraz (2009)	3.42 ± 0.64	3.63 ± 0.64	3.12 ± 0.73
Mutlupoyraz (2008)	3.27 ± 0.64	3.62 ± 0.61	2.74 ± 0.83
Topal (2008)	3.12 ± 0.72	3.30 ± 0.76	2.86 ± 0.80
Tözün (2008)	3.62 ± 0.65	3.72 ± 0.66	3.45 ± 0.75
Aydın (2011)	63,6 ± 12,40		
Uğur (2010)	47.5 ± 10.63		
Sevimli (2004)	64.0 ± 20.8		
Özyurt (2003)	61.5 ± 10.5		

Duygusal tükenmişlik puanı ASM'de çalışan hekimlerin %66.7'sinde, TSM'de çalışan hekimlerin %88.2'sında düşük, duyarsızlaşma puanları ASM'de çalışan hekimlerin %4.4'ünde, TSM'de çalışan hekimlerin % 5.9'unda yüksek, kişisel başarı puanı ise ASM'de çalışan hekimlerin %3.5'inde yüksek iken TSM'de kişisel başarı puanı yüksek hekim saptanmamıştır. İş doyumu puanı ise ASM'de çalışan hekimlerin %0.4'ünde düşük iken, TSM'de iş doyumu puanı düşük hekim saptanmamıştır (Tablo-10,11). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlara sahip çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda 29 yaş altındaki hekimlerin, 30 yaş ve üzeri hekimlerden duyarsızlaşma puanı yüksek, kişisel başarı puanının ise daha düşük ve anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde, 29 yaş altı ve 30-39 yaş hekimlerin duyarsızlaşma riski, 40 yaş ve üzeri olan hekimlerden sırasıyla 7.71 ve 3.18 kat daha yüksek, kişisel başarı puanı ise 40 yaş üzeri hekimlerde 29 yaş altında olan hekimlerden 2.28 kat daha yüksek bulunmuştur (Tablo-15,22,23). Çalışmamızda duygusal tükenmişlik puanı en yüksek grup 29 yaş altı hekimler olup istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yemen'de doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada da 29 yaş altında hekimlerin tükenmişlik düzeyi 40 yaş üzerindeki hekimlerden 4.2 kat daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur.[153] Sonuçlarımız Üner'in birinci basamak sağlık çalışanlarında ve Karlıdağ'ın tüm basamaklarda görevli hekimlerde yaptığı çalışmaların sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.[21,154] Koşan'ın çalışmasında ise 25 yaş altı hekimlerin duygusal tükenme,

duyarsızlaşma düzeyi en yüksek, kişisel başarı puanı ise en düşük bulunmuştur.[13] Bu fark Koşan'ın çalışmasının tüm basamak hekimlerinde yapılmış olmasından ve sistem değişikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Hekimlerin cinsiyetlerine göre duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları arasında anlamlı fark saptanmamışken**,** duyarsızlaşma puanları arasında fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde, erkek hekimlerin duyarsızlaşma riski, kadın hekimlerden 2.20 kat daha yüksek bulunmuştur **(**Tablo-15,22). Sonuçlarımız Karlıdağ, Özyurt ve Baykan'ın hekimlerde yaptıkları çalışmalarla paralel bulunmuştur.[21,40,155] Koşan'ın çalışmasında ise erkeklerin kişisel başarı puanı kadınlardan daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur.[13] Bu fark Koşan'ın çalışmasını tüm basamak hekimlerinde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda medeni duruma göre duyarsızlaşma puanı bekarlarda anlamlı olarak daha yüksek olup, medeni durum ile duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanı arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo-15). Sonuçlarımız Ergin'in sağlık personelinde ve Baykan'ın aile hekimlerinde yaptığı çalışma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.[9,1559 Literatürde yapılan bazı çalışmalarda da sonuçlarımızla benzer şekilde medeni durum ile duygusal tükenmişlik arasında ilişki bulunamamıştır.[24,40,131,145,150]

Çalışmamızda çocuk sahibi olma durumu ile tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo-15). Erşan ve Özyurt'un çalışmalarında da çalışmamızla paralel sonuçlar gözlenmiştir.[40,156]

Eşin çalışma durumuna göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo-15). Sonuçlarımız Özyurt ve Uğur'un sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.[40,145]

Çalışmamızda ev sahibi olma durumuna göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo-15). Buğdaycı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ev sahibi olmayanların daha fazla duyarsızlaşma yaşadıkları tespit edilirken, Koşan'ın yaptığı çalışmada ev sahibi olan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları daha düşük ve kişisel başarı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.[13,146] Farkın maddi olanakların sistem değişikliği ile artmasından kaynaklanmış olabileceği kanaatindeyiz.

Kendisine ya da eşine ait araba sahibi olma ile tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo-15). Kaya ve Özyurt'un çalışmalarında da araba sahibi olma ile duygusal tükenmişlik puanı arasında anlamlı fark gösterilmemiştir.[40,147]

Çalışmamızda aylık gelir durumuna göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo-15). Karlıdağ ve Özçınar'ın sonuçları çalışmamızı destekler şekildedir.[21,157] Bazı çalışmalarda ise duygusal tükenmişlik ile gelir düzeyi arasında çalışmamızdan farklı olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.[13,40] Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğunun aile hekimliği yapması ve önceki senelere göre daha yüksek ücret almalarının neden olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda hekimlerin spor yapma durumuna göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo-15). Koşan ve Özyurt çalışmalarında spor yapan hekimlerin duygusal tükenme puanlarını anlamlı olarak düşük saptamışlardır.[13,40] Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğunun spor yapmamasının sonucu etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Tatil yapma durumuna göre tükenmişlik alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup, yapılan lojistik regresyon analizinde düzenli tatil yapmayanların duygusal tükenmişlik riski düzenli tatil yapanlardan 2.63 kat yüksek, kişisel başarı puanı ise düzenli tatil yapanlarda düzenli tatil yapmayanlara göre 1.89 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-15,21,23). Sonuçlarımız Koşan'ın duygusal tükenmişlik, kişisel başarı sonuçlarıyla benzer, duyarsızlaşma sonucuyla ise farklıdır.[13]

Çalışmamızda kronik hastalık durumuna göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-15). Macaristan'da ise hekimler ve hemşirelerde yapılan bir çalışmada kronik hastalığa sahip olma duygusal tükenme durumunu etkilediği görülmüştür.[158] Sonuçlarımız Aydın, Baykan, Koşan ve Özyurt'un sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.[13,40,152,155] Türk Tabipler Birliği'nin Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan hekimler üzerinde yaptığı çalışmaya göre, duygusal tükenme ve herhangi bir hastalığa sahip olma durumu ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur.[148] Çalışmamızda yaş ortalaması 34 iken Macaristan'daki çalışmada

hekimlerin yaş ortalaması 43 ve TTB'nin çalışmasında yaş ortalaması 39 olarak belirtilmiştir, farkın da buradan kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Sigara içme ve günde içilen sigara adedine göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-15). Koşan, Yavuzyılmaz ve Kurçer'in çalışmasında ise sigara içenlerde duyarsızlaşma puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.[13,14,24] Sonuçlarımız Çan, Özyurt ve Havle'nin çalışmalarıyla benzer bulunmuştur.[15,40,159]

Çalışmamızda alkol kullanma durumuna göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları alkol kullananlarda, kullanmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde duygusal tükenmişlik riski alkol kullananlarda kullanmayanlara göre 2.94 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-15,21). Avrupa'da aile hekimlerinde yapılan bir çalışma da tükenmişliğin alkol kullanımında artış ile ilgili olduğu saptanmıştır.[160] Koşan, Yavuzyılmaz, Çan ve Özyurt ise çalışmalarında alkol ve tükenmişlik arasında bir ilişki saptamamışlardır.[13,14,15,40] Tükenmişliğin kişilerde yorgunluk, uykusuzluk, alkol ve sigara kullanımında artış gibi sorunlara yol açabilmesi sonucumuzun sebebi olarak gösterilebilir.

Yerleşim birimine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-15). Koşan ise çalışmasında ilçe merkezinde çalışanların duygusal tükenmişliklerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.[13] Bu farklılık sistem değişikliklerinden dolayı önceki yıllardan farklı olarak aile hekimlerinin çalışma yerlerini kendilerinin tercih etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda yaş ile iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Literatürde sonuçlarımızla uyumlu uluslararası[161,162] ve ulusal çalışmalar bulunmaktadır.[15,23,24,129,136,163,164,165] Derin'in çalışmasında 40 yaş, Topçu'nun çalışmasında ise 45 yaş üzerinde iş doyumlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.[61,166] Derin ve Topçu'nun çalışmalarının tüm sağlık personelinde yapılmış olması farklılığa neden olmuş olabilir.

Cinsiyete göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde, kadınların genel iş doyumu erkeklerden 1.79 kat, dışsal iş doyumları ise 2.63 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-16,30,32).

Sonuçlarımız Avustralya'da Walker'ın, İsrail'de Fennig'in ve Düzce'de Ataoğlu'nun hekimlerde yaptıkları çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.[167,168,169] Hekimlerin iş doyumunu ölçmek için yapılan birçok araştırmada ise cinsiyetlerine göre genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasında fark gözlenmemiştir.[146,164,1669] Kadınların özellikle yüz yüze iletişimde karşılarındakilere daha anlayışlı yaklaşması ve işlerinde daha özverili çalışması, işlerinde daha az sorun yaşadıklarını düşündürebilir ve buda işlerinden daha fazla doyum almasının nedeni olarak gösterilebilir.

Medeni duruma göre hekimlerin iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Bu konuda Türkiye'de yapılan bir çok araştırmada araştırmamızın sonuçlarını destekler nitelikte ve medeni durumun iş doyumunu etkilemediği yönündedir.[14,21,23,61,136,164,171]

Çalışmamızda çocuk sahibi olma durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Çalışmamızla paralel sonuçlara sahip çalışmalarda mevcuttur.[14,156,170] Çocuk sahibi olanların iş doyumlarının yüksek bulunduğu çalışmalarda mevcuttur.[15,40,146,171,172]

Eş çalışma durumuna göre hekimlerin iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır.[14,23,24,40,150]

Hekimlerin otomobil ve ev sahibi olma durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo-16). Yemen'de hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada ise ev sahibi olanların ve İstanbul'da hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da ev ve araba sahibi olanların iş doyumu daha yüksek bulunmuştur.[40,153] Bölgesel farklılığın çalışmamızla farklılığa neden olabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda aylık gelir düzeyine göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Literatürde sonuçlarımızla uyumlu çalışmalar mevcuttur.[129,173,174]

Düzenli olarak spor yapma durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Özyurt da çalışmasında çalışmamızla benzer sonuçlar bildirmiştir.[40]

Düzenli tatile yapma durumuna göre genel iş doyumu, dışsal iş doyumu puan ortalamaları tatil yapanlarda yapmayanlara göre daha yüksek ve önemli olup, yapılan lojistik regresyon analizinde, düzenli olarak tatil yapanların içsel iş doyumlarının yapmayanlara göre 2.29 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-16,31). Literatürde çalışmamızla uyumlu çalışmalar bulunmuştur.[40]

Çalışmamızda hekimlerin kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Literatürde uluslararası[175] ve ulusal[23,40,152] çalışmamızla benzer sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızda sigara içme durumu ve günde içilen sigara adedine göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Yavuzyılmaz, Çan ve Kurçer'in sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmalarda da çalışmamızla benzer sonuçlar saptanmıştır.[14,15,24] Özyurt ise yaptığı çalışmada sigara içmeyenlerde iş doyumunun anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmiştir.[40]

Alkol kullanma durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-16). Kurçer ve Özyurt çalışmalarında, çalışmamızla benzer sonuçlar saptamışlardır.[24,40]

Hekimlerin yerleşim birimi incelendiğinde, il merkezinde yaşayanların genel iş doyumu ve içsel iş doyumu puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük olup, yapılan lojistik regresyon analizinde belde-köyde ve ilçede yaşayanların genel iş doyum puanlarının il merkezinde yaşayanlardan sırasıyla 2.91 ve 2.24 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo-16,30). Avustralya'da pratisyen hekimlerde yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer olarak kırsal bölgedeki hekimlerin iş doyumları şehirde yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur.[176] Sevimli'nin Erzurum'da tüm basamakta görevli hekimler üzerinde yaptığı çalışmada ise köydeki hekimlerin iş doyumları il merkezinde çalışan hekimlerden daha düşük bulunmuştur.[22] Sağlık sisteminde değişiklik nedeniyle hekimlerin kendi istekleriyle belde-köyde çalışmayı seçmeleri ve aile hekimliği uygulamasında belde-köyde yaşayanların maaşlarının il merkezlerinde yaşayanlardan daha yüksek olması farklılığın nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları kuruma göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo-17). Çalışmamızda duygusal

tükenmişlik puanları TSM'de çalışanlarda ASM'de çalışanlardan daha düşük olmasına rağmen anlamlı bulunamamıştır. SAĞLIK-SEN'in 2012 yılında Türkiye'de sağlık personelinde yaptığı çalışmada ise TSM'de çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları TSM'de çalışanlardan daha düşük, duyarsızlaşma puan ortalamaları ve kişisel başarı puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır.[142]

Yönetsel görev sahibi olma durumuna göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-17). Sonuçlarımız Kurçer ile benzer iken, Koşan ve Özyurt ile farklıdır. [13,24,40] Koşan ve Özyurt'un çalışmalarının tüm basamak hekimlerinde yapılmış olması farklılığa yol açmış olabilir düşüncesindeyiz.

Aile hekimliği uygulamasında çalışma süresine göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamsız iken, meslekte toplam çalışma süresine göre hekimlerin duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasında fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde çalışma süresi 6 yıl ve daha az olan ve 7-10 yıl olan hekimlerin duyarsızlaşma riski, çalışma yılı 18 yıl ve daha fazla olan hekimlerden sırasıyla 4.99 ve 3.73 kat, meslekte 18 yıl ve üzerinde çalışan hekimlerin ise kişisel başarı puanı 6 yıl ve altında çalışanlardan 3.97 kat anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo-17,25,26). Sonuçlarımız Kaya'nın birinci basamak sağlık ocağı çalışanlarıyla yaptığı çalışmayla benzer bulunmuştur.[147] Bölgemizde çalışmamızdan farklı olarak tüm basamak hekimlerinde yapılan bir çalışmada ise meslekte 6 yıl ve altında çalışan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, kişisel başarı puan ortalamaları düşük saptanmıştır.[13]

Çalışmamızda nöbet tutma durumuna göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları nöbet tutanlarda anlamlı ve yüksek, kişisel başarı puanı ise anlamsız saptanmıştır. Nöbet sayısında ise tükenmişlik alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-17). Nöbet tutma durumuna göre, sonuçlarımız Özyurt ile uyumlu iken Koşan'ın çalışmasından kişisel başarı, Çan'ın çalışmasından ise duyarsızlaşma ve kişisel başarı yönünden farklı bulunmuştur.[13,15,40] Nöbet sayısına göre Özyurt, Koşan ve Çan'ın çalışmalarında tükenmişlik alt boyutları anlamlı saptanmıştır.[13,15,40] Farkın Özyurt ve Koşan'ın çalışmalarının tüm basamak

hekimlerinde ve Çan'ın çalışmasının da ikinci basamak hekimlerinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir kanaatindeyiz.

Mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları, mesleklerinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanmayanlarda, kişisel başarı puanı ortalamaları ise mesleklerinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananlarda anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Tablo-17). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar içeren çalışmalar saptanmamıştır. Uzun ve zor bir eğitim sürecinden sonra hekimlerin mesleki beklentilerinin maddi ve manevi olarak karşılanmadığını düşündükleri söylenebilir.

Hekimlerin meslek seçimlerindeki düşünceleri hakkındaki tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde meslek seçiminde yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin, duygusal tükenmişlik riski doğru seçim yaptığını düşünenlerden 7.32 kat, duyarsızlaşma riski yanlış seçim yaptığını ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünenlerde sırasıyla 2.50 ve 2.02 kat, mesleğinde doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin kişisel başarı puanı, yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden 2.97 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-17,24,25,26). Sonuçlarımız bölgemizde yapılan çalışmanın sonuçlarıyla benzer ve risk artışıda paraleldir.[13]

Çalışmamızda çocuğunun hekim olmasını isteme durumuna göre tükenmişlik alt boyutları puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Çocuğunun hekim olmasını istemeyenlerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları hekim olmasını isteyenlerden daha yüksek ve kişisel başarı puan ortalamaları daha düşük gözlendi (Tablo-17). Sonuçlarımız Koşan ve Özyurt'un çalışmalarıyla benzer bulunmuştur.[13,40]

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumuna göre duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı bir fark saptanmış olup, uygulamadan memnun olmayanların duygusal tükenmişlik riski memnun olanlardan 5.65 kat, duyarsızlaşma riski 3.44 kat daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Tablo-17,24,25). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlara sahip çalışma bulunmamaktadır

Çalışmamızda çalışılan kurum ile iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-18). Tözün' ün Eskişehir'de yapmış

olduğu araştırmada ASM'de çalışan hekimlerin genel ve dışsal iş doyum puan ortalamaları TSM'de çalışan hekimlerden daha yüksek bulunmuştur.[23] Bu fark bölgesel farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin yönetsel göreve sahip olmalarına göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-18). Sevimli, Özyurt, Mutlupoyraz, Topçu ve Musal'ın çalışmalarında da iş doyumu ve yönetsel görev arasında ilişki bulunmamıştır.[22,40,150,166,177] Birinci ve Derin'in hekimlerde yapmış oldukları çalışmalarında ise yönetsel görev ile iş doyumunun arttığı saptanmıştır.[25,61]

Aile hekimliğinde uygulamasında çalışma yılına göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-18). Tözün'ün aile hekimliği uygulamasında birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde yaptığı çalışmada ise çalışma yılı arttıkça genel iş doyumunun azaldığı gözlenmiştir.[23]

Çalışmamızda meslekte toplam çalışma süresine göre dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup, yapılan ileri analizde farkın meslekte çalışma süresi 6 yıl ve altında çalışanlardan kaynaklandığı gözlendi. Genel ve içsel iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-18). Sevimli'nin Erzurum'da tüm basamakta görevli hekimlerle yaptığı çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak çalışma yılı arttıkça iş doyumunun da yüksek olduğu bildirilmiştir.[22] Tözün, Topal ve Turgu'nun birinci basamak hekimlerinde yaptıkları çalışmalarda meslekte toplam çalışma süresi ile dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı fark gösterilmemiştir.[23,151,170]

Nöbet tutma durumuna göre dışsal iş doyumu puan ortalamaları, nöbet tutanlarda daha yüksek ve anlamlı, nöbet sayısına göre ise iş doyumu alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-18). Özyurt'un çalışmasında nöbet tutmayanlarda genel iş doyumu daha yüksek ve anlamlı iken, nöbet sayısına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.[40] Farkın Özyurt'un çalışmasının tüm basamakta çalışan hekimlerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşüncesindeyiz.

Mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanma durumuna göre, iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inananların genel

iş doyumu hak etmediğine inananlardan 13.36 kat, içsel iş doyumu 11.12 kat, dışsal iş doyumu 9.32 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-18,33,34,35). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar içeren çalışmalar bulunamamıştır. Son yıllarda sağlıkta artan şiddet ile birlikte hekimlerin beklentilerinin karşılanamaması düşük iş doyumu düzeyine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin meslek seçimi hakkındaki düşüncelerine göre, iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde doğru seçim yaptığını düşünen ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin genel iş doyumu, yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden sırasıyla 5.66 ve 3.95 kat daha yüksek, doğru seçim yaptığını düşünen ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin içsel iş doyumu, yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden sırasıyla 5.84 ve 3.75 kat daha yüksek ve yine doğru seçim yaptığını düşünen ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin dışsal iş doyumu, yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden sırasıyla 5.59 ve 3.09 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-18,33,34,35). Sevimli'nin ve Birinci'nin çalışmalarında da genel iş doyumu meslek seçiminde doğru seçim yaptığını düşünenlerde yüksek bulunmuştur.[22,25]

Çocuğunun hekim olmasını isteme durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin istemeyenlere göre içsel iş doyumu 2.89 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-18,34). İstanbul'da tüm hekimlerde yapılan bir çalışmada çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin genel iş doyumu daha yüksek bulunmuştur.[40]

Çalışmamızda, aile hekimliğinden memnuniyet durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde aile hekimliğinden memnun olanların genel iş doyumu ve dışsal iş doyumu memnun olmayanlardan sırasıyla 2.75 ve 3.25 kat, aile hekimliğinden memnun olan ve orta derecede memnun olanlarda içsel iş doyumu memnun olmayanlardan sırasıyla 4.16 ve 2.36 kat daha yüksek bulunmuştur (Tablo-18,33,34,35). Sonuçlarımız Tözün 'ün çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur.[23] Çalışmamızda hekimlerin % 55.3'ünün aile hekimliği uygulamasından orta derecede memnun oldukları saptanırken, Bozkır'ın

Malatya'da aile hekimlerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %48.4'ü uygulamadan kısmen memnun olduklarını gözlenmiştir.[178]

Çalışmamızda hekimlerin TUS'a hazırlanma durumuna göre kişisel başarı puanı TUS'a hazırlanmayanlarda daha yüksek ve anlamlı iken duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır (Tablo-19). Koşan'ın çalışmasında TUS'a hazırlanan pratisyen hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları, hazırlanmayan pratisyen hekimlerden anlamlı olarak daha yüksek, kişisel başarı puanı yüksek fakat anlamsız bulunmuştur.[13] Özyurt'un çalışmasında TUS'a hazırlananların duygusal tükenme puanları düşük, kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur.[40]

Çalışmamızda hekimlerin çalışma ortamı memnuniyetine göre duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları memnun olmayanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo-19). Sonuçlarımız Koşan'ın çalışmasıyla benzer bulunmuştur.[10] Yavuzyılmaz'ın çalışmasında ise çalışma ortamından memnun olmayanların duygusal tükenmişliği çalışmamızla paralel bulunmuştur.[13,14] Yavuzyılmaz'ın çalışmasının birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılmış olmasından fark kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin işinin beklentilerini karşılama durumu puan ortalamalarına göre, işinin beklentilerini karşılamadığını düşünen hekimlerin duygusal tükenmişliği ve duyarsızlaşma puan ortalaması işi beklentilerini karşıladığını düşünen hekimlerden daha yüksek ve anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde de işinin beklentilerini karşılamadığını ve kısmen karşıladığını düşünen hekimlerin duygusal tükenmişlik riski, beklentilerini karşıladığını düşünen hekimlerden sırasıyla 19.95 ve 4.33 kat daha yüksek ve yine işinin beklentilerini karşılamadığını ve kısmen karşıladığını düşünen hekimlerin duyarsızlaşma riski, beklentilerini karşıladığını düşünen hekimlerden sırasıyla 3.72 ve 2.74 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-19,27,28). Koşan'ın çalışmasında kişisel başarı puanı dışında çalışmamızla paralel sonuçlar gözlenmiştir.[13] Koşan'ın çalışmasının tüm basamaklarda yapılmış olması ve sistem değişikliğinden farklılık kaynaklanmış olabilir.

İşyerinin fiziki koşullarının yeterli olup olmamasına göre yetersiz bulan hekimlerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları daha yüksek ve

anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde işyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerin duygusal tükenmişlik riskinin işyerinin fiziki koşullarını yeterli bulan hekimlerden 2.33 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo-19,27). Sonuçlarımız Özyurt, Koşan, Oğuzberk'in çalışmasıyla benzer bulunmuştur.[13,40,179]

Çalışmamızda hekimlerin son yıl içinde hizmeti içi eğitim alma durumu, tıbbi yayın izleme durumuna göre tükenmişlik alt boyutları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo-19). Hizmet içi eğitim alma durumuna göre sonuçlarımız Koşan ve Özyut'un çalışmasıyla uyumludur.[13,40]. Tıbbi yayın izleme durumuna göre ise çalışmamızdan farklı olarak, bölgemizde tüm basamak hekimlerinde yapılmış bir çalışmada tükenmişlik alt boyutları anlamlı saptanmıştır.[13] Aydın'ın birinci basamak tüm sağlık çalışanlarında yapmış olduğu çalışmada ise duygusal tükenmişlik düzeyi hizmet içi eğitim alanlarda ve düzenli tıbbi yayın izleyenlerde daha düşük gözlenmiştir.[152]

Hekimlerin kongre, kurs, seminere katılımlarına göre duyarsızlaşma puanı dışında katılmayanların duygusal tükenmişlik puanı yüksek, kişisel başarı puan puanı ise düşük ve anlamlı olup, yapılan lojistik regresyon analizinde kongre, kurs ve seminerlere sık sık katılan ve fırsat buldukça katılan hekimlerin kişisel başarı puanının katılmayanlardan sırasıyla 6.66 ve 1.95 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo-19,29). Koşan'ın çalışmasında hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşük iken kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur.[13]

Hekimlerin TUS'a hazırlanma durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo-20). Sonuçlarımız Özyurt'un sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.[40]

Hekimlerin çalışma ortam memnuniyetlerine göre; iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark önemli olup, yapılan lojistik regresyon analizinde çalışma ortamından memnun olanların memnun olmayanlara göre genel iş doyumu 5.53 kat, içsel doyumu 2.93 kat, dışsal iş doyumu ise 5.90 kat yüksek bulunmuştur (Tablo-20,36,37,38). Yavuzyılmaz'ın birinci basamak sağlık çalışanlarında ve Tekmen'in ikinci basamak sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar saptanmıştır.[14,180]

Hekimlerin, işinin beklentilerini karşılama durumuna göre, iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark önemli olup, yapılan lojistik regresyon analizinde işi beklentilerini karşılayan hekimlerin genel iş doyumu, işinin beklentilerini karşılamadığını düşünenlerden 8.78 kat, işi beklentilerini karşılayan ve kısmen karşılayan hekimlerin beklentilerini karşılamadığını düşünen hekimlerden içsel iş doyumu sırasıyla 11.30 ve 2.74 kat ve yine işi beklentilerini karşılayan ve kısmen karşılayan hekimlerin, beklentilerini karşılamadığını düşünen hekimlerden dışsal iş doyumu sırasıyla 7.06 ve 2.28 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-20,36,37,38). Literatürde iş doyumu ve işin beklentileri karşılama durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma saptanmamıştır.

İş yerinin fiziki koşullarını yeterli bulan hekimlerde genel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları fiziki koşulları yetersiz bulan hekimlerden daha yüksek ve anlamlı saptanmıştır (Tablo-20). Tözün ve Özyurt çalışmalarında, çalışmamızla benzer sonuçlar bildirmişlerdir.[23,40] Topal ve Turgu'nun çalışmalarında ise fiziki koşullar ve iş doyumu alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır.[151,170] Turgu ile bölgesel farklılık, Topal'ın çalışmasının ise ikinci basamak hekimlerinde çalışılmış olması farklılığın nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda son bir yıl içinde iş yerinde hizmet içi eğitimi alma durumuna göre genel iş doyumu, içsel iş doyumu puan ortalamaları istatistiksel olarak önemli olup, yapılan lojistik regresyon analizinde hizmet içi eğitim programı alanların almayanlara göre genel iş doyumu 2.48 kat, içsel iş doyumu 2.48 kat daha yüksek saptanmıştır (Tablo-20,36,37). Sonuçlarımız Sevimli, Özyurt, Topal ve Aydın'ın genel iş doyumu sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.[22,40,151,152]

Kongre, kurs, seminere katılma durumuna göre iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark önemli olup, yapılan lojistik regresyon analizinde fırsat buldukça kongre, kurs ve seminere katılanların, katılmayanlara göre genel iş doyumu 5.35 kat, içsel iş doyumu 8.28 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo-20,36,37). Dışsal iş doyumu için lojistik regresyonda anlamlı fark bulunamamıştır. Sevimli'nin genel iş doyumu çalışmamızla benzer olarak yüksek bulunmuştur.[22]

Hekimlerin tıbbi yayın izleme durumuna göre, iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo-20). Sevimli'nin

çalışmasında ise düzenli tıbbi yayın izleyenlerin genel iş doyumları, düzenli tıbbi yayın izlemeyenlerden daha yüksek saptanmıştır.[22] Sevimli'nin çalışmasının tüm basamak hekimlerinde yapılmış olması, farklılığın nedeni olarak düşünülebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmamız, Erzurum ili birinci basamakta 246 hekim üzerinde yapılmıştır.

- MTÖ'nin Cronbach Alfa katsayıları duygusal tükenme için 0.90, duyarsızlaşma için 0.73 ve kişisel başarı için 0.77'dir.

- MİDÖ'nin Cronbach Alfa katsayıları genel iş doyumu için 0.90, içsel iş doyumu için 0.86 ve dışsal iş doyumu için 0.80'dir.

- Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı ve iş doyumu alt boyutları arasında negatif yönde, kişisel başarı ile iş doyumu alt boyutları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arttıkça kişisel başarı ve iş doyumu düzeyi azalmakta iken kişisel başarı arttıkça iş doyumu düzeyi artmaktadır

- ASM'de çalışan hekimlerin, duygusal tükenmişlik puan ortalaması %67.7'sinde, duyarsızlaşma puan ortalaması %76'sında ve kişisel başarı puan ortalaması %79'unda düşüktür. TSM'de çalışan hekimlerin ise duygusal tükenmişlik puan ortalaması %88.2'sinde, duyarsızlaşma puan ortalaması %70.6'sında, kişisel başarı puan ortalaması ise %82.4'ünde düşük bulunmuştur.

- Hekimlerde yaş ilerledikçe duyarsızlaşma riskinin azalırken, kişisel başarı puanını artmaktadır. 29 yaş ve altında olan hekimlerin duyarsızlaşma riski, 40 yaş ve üzeri olan hekimlerden 7.71 kat yüksek, 40 yaş ve üzerindeki hekimlerin kişisel başarı puanı ise 29 yaş altındaki hekimlerden 2.28 kat daha yüksektir.

- Erkek hekimlerin duyarsızlaşma riski, kadın hekimlerden 2.20 kat daha yüksektir.

- Düzenli tatile çıkmayanların duygusal tükenmişlik puan ortalamaları yüksek olup, risk artışı 2.63 kattır.

- Alkol kullanan hekimlerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, kişisel başarı puan ortalamaları düşük olup, duygusal tükenmişlik riski 2.94 kattır.

- Çalışma süresi 6 yıl ve altında olan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının yüksek, kişisel başarı puan ortalamalarının düşüktür. Duyarsızlaşma riski meslekte toplam çalışma süresi 6 yıl ve daha az hekimlerin 4.99 kat ve 18 yıl ve üzerinde çalışan hekimlerin kişisel başarı puan ortalamaları ise 3.97 kat yüksektir.

- Nöbet tutan hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksektir.

- Duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları, mesleklerinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanmayanlarda yüksektir, kişisel başarı puanı ortalamaları ise düşüktür.

- Yanlış meslek seçimi yaptığını düşünen hekimlerde duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek, kişisel başarı puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Yanlış meslek seçimi yaptığını düşünen hekimlerin duygusal tükenmişlik riski 7.32 kat, duyarsızlaşma riski 2.50 kat ve doğru meslek seçimi yaptığını düşünen hekimlerin kişisel başarı puanlar ortalamaları 2.97 kat yüksektir.

- Çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları düşük, kişisel başarı puan ortalamaları yüksektir.

- Aile hekimliği uygulamasından memnun olmayanların duygusal tükenmişlik puanı ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek olup, duygusal tükenmişlik riski aile hekimliği uygulamasından memnun olmayanlarda 5.65 kat, duyarsızlaşma riski 3.44 kat yüksek bulundu.

- TUS'a hazırlanmayan hekimlerin kişisel başarı puan ortalamaları yüksektir.

- Çalışma ortamından memnun olmayan hekimlerin, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksektir.

- İşinin beklentilerini karşılamadığını düşünen hekimlerin, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek olup, duygusal tükenmişlik için risk 19.95 kat, duyarsızlaşma için risk ise 3.72 kattır.

- İşyeri fiziki koşullarının yeterli olmadığını düşünen hekimlerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksektir ve duygusal tükenmişlik için risk 2.33 kattır.

- Kongre, kurs ve seminerlere katılan hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamalarının düşük, kişisel başarı puan ortalamalarının ise 6.66 kat daha yüksektir.

- ASM'de çalışan hekimlerin %76.9'unda ve TSM'de çalışan hekimlerin %70.6'sında iş doyumu puanı orta düzeydedir.

- Kadın hekimlerin içsel, dışsal ve genel iş doyum puan ortalamaları erkek hekimlerden yüksek olup, genel iş doyumu 1.79 kat, dışsal iş doyumu 2.63 kat yüksektir.

- Düzenli tatil yapan hekimlerin genel iş doyumu, içsel ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları yüksek olup, içsel iş doyumu 2.29 kattır.

- İl merkezinde yaşayan hekimlerin genel iş doyumu, içsel iş doyumu puan ortalamaları düşük olup, belde-köyde yaşayan hekimlerin genel iş doyumlarının 2.91 kat yüksektir.

- Meslekte toplam çalışma süresi 6 yıl ve altında olan hekimlerin dışsal iş doyumu puan ortalamaları yüksektir.

- Nöbet tutmayan hekimlerin dışsal iş doyumu puan ortalamaları yüksektir.

- Mesleğinin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanan hekimlerin iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları yüksek olup, genel iş doyumu 13.36 kat, içsel iş doyumu 11.12 ve dışsal iş doyumu 9.32 kat daha yüksektir.

- Meslek seçimi hakkında doğru seçim yaptığını düşünenlerin iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları daha yüksek olup, genel iş doyumu 5.66 kat, içsel iş doyumu 5.84 kat ve dışsal iş doyumu 5.59 kat daha yüksektir.

- Çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları yüksek olup, içsel iş doyumu 2.89 kat daha yüksektir.

- Aile hekimliğinden memnun olanların iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları yüksek olup, genel iş doyumları 2.75 kat, içsel iş doyumları 4.16 ve dışsal iş doyumları 3.25 kat daha yüksektir.

- Çalışma ortamından memnun olanların iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları yüksek olup, genel iş doyumları 5.53 kat, içsel iş doyumları 2.93 kat, dışsal iş doyumları 5.90 kat daha yüksek bulunmuştur.

- İşinin beklentilerini karşıladığını düşünen hekimlerin iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları yüksek olup, genel iş doyumları 8.78 kat, içsel iş doyumları 11.30 kat ve dışsal iş doyumları 7.06 kat yüksektir.

- İş yeri fiziki koşullarını yeterli bulan hekimlerin genel iş doyumu ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları yüksektir.

- Son bir yıl içinde iş yerinde hizmet içi eğitimi alanların, genel iş doyumu, içsel iş doyumu puan ortalamaları yüksek olup, genel iş doyumları 2.48 ve içsel iş doyumları 8.28 kattır.

- Kongre, kurs ve seminere katılan hekimlerin iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları yüksek olup, fırsat buldukça katılanların genel iş doyumu 5.35, içsel iş doyumu 8.28 kat daha yüksektir.

6.2. Öneriler

- Toplum sağlığı merkezi hekimlerinin ve aile hekimlerinin görev tanılarına uygun şekilde görevlerini yapabilmelerine olarak sağlanması

- Mezuniyet öncesi mezuniyet sonrası tıp eğitimleri gözden geçirilerek, teorik bilgiyle paralel koruyucu hekimliğin ağırlıklı olduğu uygulamaya yönelik eğitimin verilmesinin sağlanması

- TSM bünyesinde sağlık kurullarının yeniden gözden geçirilerek sağlık hizmetlerine halkın katılımının sağlanması

- Performansa dayalı ek ödeme sisteminde izin günleri için yapılan kesintiler azaltılmalı ya da ortadan kaldırılmalı, böylelikle hekimlerin yasal hakları olan izinlerini maddi kaygı olmadan kullanabilmelerinin önü açılmalı.

- Aile hekimliği uygulamasında sağlık hizmetlerinin düzgün bir şekilde yürütülebilmesi için çalışma saatleri ve koşulları gözden geçirilmeli, acil nöbeti, icap nöbeti gibi ek görevleri düzenlenmesinin sağlanması

- Bilimsel etkinliklere katılım ve bilimsel yayın izleme konusunda Toplum Sağlığı Merkezi hekimlerinin ve aile hekimlerinin özendirilmesi
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hekimlerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin belirli aralıklarla ölçülmesi ve memnuniyetsizlik yaratan konulara yönelik düzenlemeler yapılması
- Tüm sağlık çalışanlarını motive edecek sosyal etkinliklerin düzenlenmesi
- Tükenmişliğin azaltılması ve iş doyumunun arttırılabilmesi için mevcut sistemin işleyişindeki aksaklıkların giderilmesi.

KAYNAKLAR

1. Akdeniz M. Ungan M., Yaman H., Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi GeroFam - Kanıta Dayalı, Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi 2010; 1(1): 15-27.

2. Aktaş E. Ö. Çakır G. Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri, Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2012, 51(1): 21-29.

3. Paycı S. Ünlüoğlu İ., Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Basım, Ankara, 2004, 23-29.

4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun No: 224, Kabul Tarihi: 05.01.1961, Resmi Gazete'de Yayımlandığı Tarih:12.01.1961, Sayı: 10705.

5. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Kanun No: 5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004, Resmi Gazete'de Yayımlandığı Tarih: 09.12.2004. Sayı: 25665.

6. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 06.07.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25867.

7. Özdemir A.K. Diş Hekimliği Fakültesi Akademik Personelinde Tükenmişlik Ölçeğinin Üç Yıllık Arayla Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2003, Cilt:6, Sayı:1.

8. Sılığ A. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, T.C. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2003.

9. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Hacettepe Üniversitesi VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara, 1992.

10. Maslach V, Jackson SE, Maslach Burnout Inventary Manual 2nd Ed.Co: Consulting Psychologist Press,Palo Alto 1981.

11. Sayıl I. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri; Kriz Dergisi 6(1): 75-84.

12. 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.

13. Koşan Z. Erzurum'da Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyo-demografik Değişkenlerle İlişkisi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum- 2010.

14. Yavuzyılmaz A, Topbaş M., Çan E. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (1).

15. Çan E., Topbaş M. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu ile iş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler, O.M.Ü. Tıp Dergisi, 2006, 23(1): 17–24.

16. Aksayan S. Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkenlerinin İrdelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul-1990.

17. Aydın R. Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışmalara Olan Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2000.

18. Taşdemir G. Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir-1999.

19. Vara Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir-1999.

20. Orhan K. İş Doyumu ve Değerler, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir-1997.

21. Karlıdağ R., Ünal S., Yoloğlu S. Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2000,11: 49-57.

22. Sevimli F. Erzurum'da Çalışan Hekimlerde İş Doyumu ve Etkili Faktörler, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum-2004.

23. Tözün M., Çulhacı A., Ünsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu, TAF Prev Med Bull 2008; 7(5): 377-384.

24. Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerini İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 2(3): 10-15.

25. Birinci N. Bursa'da Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu Ve Bunu Etkileyen Etmenler, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, Bursa-1999.

26. Rout U. Gender Diffrences in Stress, Satisfaction and Mental Wellbeing Among General Practioners in England, 1999, 4(4).

27. Eskiocak M., Aras E., Davas A. Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ekim 2007, Ankara.

28. Öztek Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Toplum Hekimliği Bülteni, Mayıs 2006, Cilt 25, Sayı 2.

29. The European Definition of General Practice / Family Medicine, WONCA EUROPE 2011 Edition.

30. Rakel RE. The Family Physician. Textbook of Family Practice. Philadelphia, W.B.Saunders Company, 2002, 6th Ed; 3-4.

31. Başak O., Görpelioğlu S. Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları. Aile Hekimliği Dergisi,1998, 1(2).

32. Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Mavi Ofset Yayınları, 2004, 1.Baskı, 35-40.

33. Yalçın A., Öztürk A., Özgen H. İnsan Kaynakları Yönetimi, Nobel Kitabevi, Adana, 2005; 350.

34. Charles G., Durick M., Predictors of Job Satisfaction and Organizational Commitment in Human Servise Organizations,, Administrative Science Quarterly, 1998:64 Vol:33.

35. Schultz D.P., Schultz S.E. Psychology and Industry Today, New York:Macmillan. (1990).

36. Güney S. Yönetim ve Kurum El Kitabı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara (2000) , 22-25.

37. Kutanis R. Örgütlerde Davranış Bilimleri, Sakarya kitabevi, 2003.

38. Locke E.A. The Nature and Causes of Job Satisfaction: Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally. (1976).

39. Luthans F. Organizational Behavior. 6 th ed., New York. McGraw-Hill, 1992

40. Özyurt A. İstanbul Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2003.

41. Khan AU. Satisfaction of Secondary School Administrators With Their Work in Pakistan, Yayımlanmamış doktora tezi, ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara-1991.

42. Tosun M. Örgütsel Etkililik, Yönetim Psikolojisi II. Ulusal Sempozyumu, Ankara-1981.

43. Şanlı S. Adana İlinde Çalışan Polislerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana – 2006

44. Goldhaber G.M. Organiztional Communication Dubuque, IA:Wm.C.Brown,1990, n: 80.

45. Urban ME. The Ideology of Administration, American and Soviet Cases. State University of New York Press, Albany, 1982.

46. Çetinkanat C. Örgütlerde Güdüleme ve İş Doyumu, Anı Yayıncılık, Ankara, 2000, 24-26.

47. Onaran O. Çalışma Yaşamında Güdülenme Kuramları, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara-1981, No:470.

48. Aslan H. Çalışanların İş Doyumu Düzeylerine Göre Depresyon, Benlik Saygısı ve Denetim Odağı Algısı Değişkenlerinin İncelenmesi Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji(Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara-2006.

49. Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Beta Yayın Basın Dağıtım, İstanbul(2008), 13-14.

50. İncir G. Çalışanların İş Doyumu Üzerine Bir inceleme, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara (1990), 44-48.

51. Gülnar B. Örgütlerde İletişim ve İş Doyumu, Literatürk Yayınları, (2007), 175.

52. Çakmur H. İş Betimlemesi Ölçeğinin Geliştirme Ve Uzman Hekimlerde İş Doyumunu Değerlendirme, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir-2009.

53. Yuld G.A.,Wexley K.N. Job Satisfaction and Motivation to Work.London, New York Oxford Univercity Press, 1971:154.

54. Söylemez D. Sağlık Personelinin İş Doyumu İle İlgili Bir Meta Analiz Çalışması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

55. Menteşe M. İş Doyumu, Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği İle Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Banka Çalışanları Üzerine Bir Uygulama, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya-2007.

56. Telman N., Ünsal P. Çalışan Memnuniyeti, Epsilon Yayınevi, İstanbul (2004), 2: 177.

57. Sat S. Örgütsel ve Bireysel Özellikler Açısından İş Doyumu İle Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki: Alanya'da Banka Çalışanları Üzerinde Bir İnceleme, Türkiye Cumhuriyeti Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Adana-2011

58. Eren E. Yönetim ve Organizasyon, İstanbul Beta Yayınevi, 5.Basım, 2001, s.35

59. Porter L., Lawler E.B. Manegerial Attitudes and Performance, Richard D.Irwin, USA Inc., 1986: 106

60. Kader P. Oven, Job Satisfaction Of Community Nurses Working With People With A Mental Handicap, Journal Of Advanced Nursing, (1994), 1046-1055

61. Derin N. Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler, T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir-2007

62. Cambaz S. Manisa Kent Merkezinde Çalışan Ebelerin İş Doyumu ve Hizmete Yansıması, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa-2005

63. Davis K. Human Behavior At Work, İşletmelerde İnsan Davranışı, Çeviri: K. Tosun. İ.Ü. Yayınları No:302, 2.Baskı, İstanbul, 1984

64. Aytaç S. Örgütsel Davranış Açısından Kişiliğin Önemi, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, (2001), 31:1.

65. Baysal A.C. Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar, İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası, 1981: 194.

66. Erdoğan İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, İstanbul: Avciol Basım Yayın, 1996: 235.

67. İşcan ÖF, Sevimli F. Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu, Ege Akademik Bakış Dergisi, (2005), 5: 55-65.

68. Saal F.A., Knight P.A. Industrial and Organisational Psychology,Science and Practica Brooks/Cole Publisher, 1988, 304.

69. Yalçın S. Personel Yönetimi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, 1985.

70. Kınık S. Kişilik Özellikleri İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilimdalı Yükses Lisans Tezi, Eskişehir-2007.

71. Çimen M., Şahinİ. Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi, 2000, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:5, Sayı:4.

72. George J., Gareth R.J. Understanding and Managing Organizational Behavior, Addison-Wesley Publishing Company,Massachusetts, 1996.

73. Bingöl D. Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler; Erzurum: Atatürk Üniversitesi Basımevi, (1990).

74. Kolasa B. İşletmeler İçin Davranış Bilimlerine Giriş; İstanbul: Fatih Yayınevi, (1979).

75. Şeker B., Zırhlıoğlu G. Van Emniyet Müdürlüğü Kadrosunda Çalışan Polislerin Tükenmişlik, İş Doyumu ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi, (2009), Polis Bilimleri Dergisi; 11: 4.

76. Erdoğan İ. İşletmelerde Kişi Değerlemede Psikoteknik, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. (1987), 292.

77. Acar E. Uzman Alanında Çalışmanın İş Doyumuna Etkileri, Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi [e-dergi]. 2007. http: //www.paradoks.org/ makale/ yil3 sayi1/ eacar31.pdf.

78. Jasper M. Editorial Keeping Our Staff-the Links Between Job Satisfaction, J Nurs Manag. 2005; 13: 279 -8.

79. Ekşi H. İlköğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerinin Kurum İçi İletişimleri İle İş Tatminleri Arasındaki İlişki (bilimsel araştırma ders ödevi). İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006. 70.

80. Aytaç S. İşyerindeki Kronik Stres Kaynakları, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, (2002), Cilt 4, Sayı 1.

81. Maslach C., Jackson, S.E. The Measurement Of Experienced Burnout, J. Of Occupational Behaviour, 2, p. 99-113, 1981.

82. Çokluk O. Örgütlerde Tükenmişlik: Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar Ankara: Anı Yayıncılık, (2000), s.109.

83. Agaoğlu E., Ceylan M., Kasım E., Maden T. Araştırma Görevlilerinin Kendi Tükenmişlik Düzeylerine İlişkin Görüşleri, Malatya: XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, (2004).

84. Dolunay A.B. Genel Liseler ve Teknik-Ticaret-Meslek Liselerinde Görevli Öğretmenlerde Tükenmişlik Durumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, (2002), 55: 1.

85. Aslan S.H., Aslan O. ve ark., Hekimlerde Tükenmede Cinsiyetle İlişkili Etkenler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, (1997), 22: 132-136.

86. Imparota N. Relationship Between Porter's Need Satisfaction Questionnaire and the Job Descriptive Index, Journal Of Applied Psychology, (1972), 56(4): 301-304.

87. Eren E. Yönetim Psikolojisi, Beta Basım Yayım, İstanbul, (1996), 112.

88. Benjamın J. Stres (Çev. Kalın A.) Cep Üniversitesi İletişim Yayınları, Fransa, (1992).

89. Budak G. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama, D.E.Ü.İİ.B.F. Dergisi, Yıl: 2005, Sayı:2, 20: 95-108.

90. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu, Çev. Ed. Metin, B., Akın. A.,Güngör İ. Ankara:Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 45- 57, (1998).

91. Storlie F. J. Burnout: The Elaboration of A Concept, American Journal of **Nursing, (**1979**),** 19**(**12), 2108-2111.

92. Maslach C., Zımbardo P.G. Burnout – The Cost of Caring, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, (1982).

93. Maslach C., Schaufeli W.B., LEITER M.P. (2001), "Job Burnout", Annual Review of Psychology, 52: 397-422.

94. Wrıght T.A., Douglas G.B. The Contribution of Burnout to Work Performance, Journal of Organizational Behavior, (1997), 18: 491-499.

95. Tuğrul B., Çelik E. Normal Gelişim Gösteren Çocuklarla Çalışan Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (2002), 11: 1-18.

96. Baltaş A., Baltaş, Z. Stres ve Başa çıkma Yolları. 10. Basım. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1990.

97. Maslach C. Understanding Burnout Definitional Issues in Analyzing a Complex Phenomenon. In U.S. Paine (Ed.), Job Stress and Burnout. Beverly Hills, CA: Sage, 1982.

98. Cordes C. L., Dougherty T. W. A Review and Integration of Research on Job Burnout. Academy of Management Review, 1993, 18 (4): 621.656.

99. Hellman I.D., Morrison T.L. Practice Setting and Type of Caseload as Factors in Psychotherapist Stress. Psychotherapy, 1987, 24: 427-433.

100. Jackson S. E., Schuler R. S. Preventing Employee Burnot. Personenel. 1983,60 (2): 58-68.

101. Aryee D. Earner Couples in Singapore. An Examination of Work and Non Work Sources of Their Experienced Burnout. Human Relations, 1993,46:1441-1468.

102. Örmen U. Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul-1993.

103. Vızlı C. Görme Engelliler İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlere Normal İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması Üsküdar İlçesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbu-2005.

104. Taşgın N. Gençlik ve Spor Müdürlüğü Merkez ve Taşra Örgüt Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya-2004.

105. Maslach C., Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd ed. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press 1986.

106.Yıldırım F. Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Ankara-1996.

107. Ok S. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Bazı Bireysel Özelliklere Göre İncelenmesi, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, (2004), 21(3): 57-67.

108. Pines A., Aronson E. (1988), Career Burnout, Causes&Cures, The Free Press, ADivision of Macmillan, Inc., New York.

109.Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörler: Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir-2005.

110. Girgin G., Baysal A. Tükenmişlik Sendromuna Bir Örnek: Zihinsel Engelli Öğrencilere Eğitim Veren Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeyi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, (2005), 4(4): 172-187.

111. Maraşlı M. Lise Öğretmenlerinin Bazı Özelliklerine ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine Göre Tükenmişlik Düzeyleri. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara-2003.

112. Aslan D. Ankara'da Bir Tıp Fakültesinde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerde Tükenmişlik Sendromu, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, (2005), 14(8): 169–173.

113.Tümkaya S. Akademik Tükenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi, Ankara-1999.

114. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 68; 29-32.

115. Sabuncuoğlu Z., Tüz M. Örgütsel Psikoloji, Alfa Aktüel Basım Yayın, (2005), Bursa.

116. Freudenberger, H. J., Richelson G. (1981), Burn-Out; How to Beat the High Cost of Success, Bantam Boks, Doubleday & Company, Inc., New York.

117. Tutar H. Kriz ve Stres Ortamında Yönetim, Hayat Yayınları, Yönetim Dizisi, İstanbul-2000.

118. Kahill S. (1988), "Symptoms of Professional Burnout: Areview of the Empirical Evidence", Canadian Psychology, 29: 284-297.

119. 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. Ersoy F., Yıldırım C.R., Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu.,Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Şubat 2001, 2(3): 15-20.

121. Beemsterboer J., Baum B.H. Burnout: Definitions and health care management,Social work in healthcare. 1984, 10: 97-110.

122. Mayou R. Burnout, British Med. Jornal. 1986. 2: 264-265.

123. Phipps L. Stress Among Doctors And Nurses In The Emergency Department Of A General Hospital., Can. Med. Asoc. J., 1988, 139: 375-376.

124. Pines A., Maslach C. Characteristics Of Staff Burnout In Mental Health Setting.,Hospital and Community Psychiatry. 1978, 29: 233-237.

125. Freudenberger H.J. Staff Burnout. J. Soc. 1974-Issues 30, 159-1651.

126.Çağlıyan Y. Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumuna Etkisi (Devlet ve Vakıf Üniversitelerindeki Akademisyenlere Yönelik Alan Araştırması) Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli – 2007.

127. Weis D.J., Davis R.V., England G.W., Lofquist L.H Manual for The Minnesota Satisfaction Questionaire. Minnesoata Studies In Vocational Rehabilitation 22, 1967.

128. Baycan F. A. An Analysis of The Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. Boğaziçi Üniversitesi, Doktora Tezi. İstanbul, 1985.

129. DeVellis R.F. Scale Development Theory and Application. London, Sage Publucations, 83-86, 1991.

130.Özgüven İ.E. Psikolojik Testler. Ankara: Sistem Ofset: 85-86, 2000.

131.Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliliğinin Araştırılması, VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara: Hacettepe Üniversitesi VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, (1992), 155-159.

132. Martins H., Proença T. Minnesota Satisfaction Questionnaire – Psychometric Properties and Validation in a Population of Portuguese Hospital Workers Fep Workıng Papers October 2012, n. 471.

133. Erdem R. Investigating Job Satisfaction and Burnout Levels of the Persons Working for the Hospitals at City Center of Elaziğ, Turkey, Journal of Applied Sciences Research, 2008, 4(2): 188-201.

134.Ünal S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri ile İlişkisi, Klinik Psikiyatri 2001; 4: 113-118.

135. Akpınar A.T. Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Türkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med 2011;11(4): 161-165.

136.Sünter A.T. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri Genel Tıp Derg, 2006; 16 (1): 15.

137. Kirwan M. Investigation Of Burnout In A Sample Of British General Practitioners British Journal of General Practice, 1995, 45: 259-260.

138. Ulusoy T. İşletmelerde İş Tatmini ve Karşılaştırmalı Bir Uygulama Araştırması, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınlanmamış Doktora tezi. İstanbul-1993: 18.

139. Marcelino G., Cerveira JM., Carvalho I. et al. Burnout Levels Among Portuguese Family Doctors: A Nationwide Survey BMJ Open 2012; 2.

140. Goehringa C. Psychosocial And Professional Characteristics Of Burnout In Swiss Primary Care Practitioners:A Cross-Sectional Survey Swıss Med Wkly 2005, 135:101–10.

141. Grassi L., Magnani K. Psychiatric Morbidity And Burnout In The Medical Profession: An Italian Study Of General Practitioners And Hospital Physicians. Psychother Psychosom 2000, 69: 329–34.

142.Türkiye'de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları (Özet Rapor - 14 Mart 2012) SAĞLIK-SEN.

143.Öztürk G., Çetin M., Yıldıran N. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri,Anatolian Journal Of Clinical Investigation 2012; 6(4): 239-245.

144. Saraçoğlu G., Tokuç B., Saraçoğlu A. Bulgaristan ve Türkiye'de Hekimlerin Çalışma Koşulları ve Mesleki Tükenmişlikleri, 2009, 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İzmir-2010.

145.Uğur A., Kurçer. M., Demir F. Zonguldak'da 1.Basamak Hekimlerinde Tükenmişlik ve İş Doyumu ve Yıldırma Prevelansı ve Etkileyen Etmenler, 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. İzmir, 2010, 62.

146. Buğdaycı R. Mersin İli'nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Toplum Hekimliği Bülteni, Ocak-Nisan 2007, Cilt 26, Sayı 1,

147. Kaya M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (5).

148. Aslan D. ve ark. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler Türk Tabipler Birliği Yayınları Ağustos 2005.

149.J. Fu, W. Sun, Y. Wang, X. Yang, L., Wang Improving job satisfaction of Chinese doctors: the positive effects of perceived organizational support and psychological capital Public Health, (2013), 127: 946-947.

150. Mutlupoyraz F. Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnunuyet Düzeyleri Ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması Uzmanlık Tezi, Adana-2010.

151. Topal E. Hekim ve Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri, Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara- 2008.

152. Aydın Ö.G., Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumunun Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Başkenti Dergisi, Yıl:2011, 20: 4-11.

153. Sami Abdo Radman Al-Dubai, Prevalence And Associated Factors Of Burnout Among Doctors In Yemen Journal Of Occupational Health, 2010: 52: 58-65.

154.Üner S., Kaya M., Yüksel F. ve ark. Keçiören İlçesi Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre İncelenmesi. IX.Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı. Ankara, 2005, s. 203.

155. Baykan Z., Çetinkaya F., Naçar M., Kaya A., Işıldak M.Ü. Kayseri İl Merkezinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları, 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya–2013.

156. Erşan E., Doğan O., Doğan S. Analyzing Of Factors Related To Burnout In Health Professionals Of Sivas Numune Hospital Cumhuriyet Tıp Derg, 2011; 33: 33-41.

157.Özçınar M. Asistan Doktorlarda Burnout Sendromu, T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul -2005.

158. Kovacs M., Kovacs E., Hegedűs K. Emotion Work and Burnout:Cross-sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary Croat Med J. 2010; 51: 432-42.

159. Havle N., İlnem M.C., Yener F., Gümüş H. İstanbul'da Çalışan Psikiyatristlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi, Düşünen Adam; 2008, 21(1-4): 4-13.

160. Soler J.K., Yaman H. Burnout in European Family Doctors: The Egprn Study, Family Practice Advance Access Published on 11 July 2008.

161. Evans J., Lambert T., Goldacre M. GP Recruitment And Retention: A Qualitative Analysis Of Doctors' Comments About Training For And Working In General Practice. Occas Pap R Coll Gen Pract ,2002 Feb; 83: iii-vi, 1-33.

162. Kumar S., Fıscher J., Robınson E. Burnout And Job Satısfactıon In New Zealand Psychıatrısts: A Natıonal Study International Journal of Social Psychiatry. Copyright © 2007 SAGE Publications (Los Angeles, London, New Delhi and Singapore) www.sagepublications.com Vol 53(4): 306–316.

163. Hayran O., Aksayan, S. Pratisyen Hekimlerde İş Doyumu. Toplum ve Hekim, Ekim 91: 16-7.

164. Agayev F. Bakü Garnizonu Hastanelerinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin İncelenmesi Doktora Tezi Ankara- 2006.

165. Bodur S. Job Satisfaction Of Health Care Staff Employed At Health Centresin Turkey Occup. Med. 2002, Vol. 52,

166. Topçu M.Ü. Malatya İl Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu Ve Etkileyen Faktörler, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya 2009.

167. Walker KA. What Keeps Melbourne GPs Satisfied In Their Jobs? Aust Fam Physician 2007; 36(10): 877-880.

168. Fennig S., Yuval D. Greenstein M, Rabin S, Weingarten M, Job Satisfaction Among Certified And Non-Certified General Practitioners., Isr Med Assoc J 2000; 2(11): 823-827.

169. Ataooğlu A. İçmeli C., Özçetin A. Hekimlerde Mesleki İş Doyumu. Abant izzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2000; 2: 17-34.

170. Turgu S., Öztora S., Çaylan A., Dağdeviren N. Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hekim İş doyumu, 2. Trakya Aile Hekimliği Kongresi, Balkan Kongre Merkezi, Edirne Kongre Kitabı, 1-3 Kasım 2012.

171. Efeoğlu İE., Özcan E. (Job Satisfaction of Family Physicians: A Study from Adana Provincial Centre). Çukurova Med J. Online First: 17 Feb, 2013. Turkish.

172. Birgili F., Salış F., Özdemir S. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010, 13:2

173.Özaltın H., Kaya S., Demir C., Özer M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görev Yapan Muvazzaf Tabiplerinin İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2002; 44(4): 423–427.

174.Çimen M. Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş Doyumu, Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması, TC Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı Başkanlığı, Doktora Tezi, Ankara-2000.

175. Wetterneck TB., Linzer M., McMurray JE., et al. Worklife and Satisfaction Of General İnternists. SGIM Career Satisfaction Study Group. Arch Intern Med. 2002; 162(2): 649–656.

176. Ulmer B., Harris M. Australian GPs Are Satisfied With Their Job: Even More So İn Rural Areas. Fam Pract 2002 /19 / 300 / 3.

177. Musal B., Elçi ÖC., Ergin S. Uzman Hekimlerde Mesleki Doyum. Toplum ve Hekim, (1995). 10; 2-7.

178. Bozkır Ç., Tekin Ç., Sazak Y., Özer A. Malatya İl Merkezinde Çalışan Aile Hekimleri İle Aile Sağlığı Elemanlarının, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri, İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Antalya–2013.

179.Oğuzberk M., Aydın A. Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik, Klinik Psikiyatri Dergisi 2008;11:167-179.

180. Tekmen Y. Hekim Ve Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeyleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, TC Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2010.

EKLER

EK-1.

Değerli meslektaşım,

Bu çalışma, Erzurum il genelinde birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri ile etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmanın verileri amaçları dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Dr. Aysun ARAS

Anket Numarası: ……

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaşınız: ……
2- Cinsiyetiniz: 1- Erkek 2- Kadın
3- Medeni durumunuz:
1- Evli 2- Bekâr 3- Dul / Boşanmış
4- Çocuğunuz var mı?
1- Evet (Kaç çocuğunuz var?.....) 2- Hayır
5- Eşiniz çalışıyor mu?
1- Evet (Mesleği ……...) 2- Hayır
6- Size veya eşinize ait arabanız var mı?
1- Var 2- Yok
7- Size veya eşinize ait eviniz var mı?
1- Var 2- Yok
8- Ailenizin şu andaki toplam aylık geliri ne kadardır?(Döner sermaye, performans, kira geliri vb. dahil)
1-3000 ve altı 2- 3001-5000 3- 5001 ve üzeri
9- Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
10- Düzenli olarak tatile çıkıyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
11- Kronik bir hastalığınız var mı?
1- Evet 2- Hayır

12- Sigara içiyor musunuz?
1-Halen içiyorum 2-Bıraktım 3-Hiç içmedim
13- Günde içilen sigara adedi(halen içenler cevaplandıracak)
1-1-9 adet 2- 10-19 adet 3- 20 ve üzeri
14- Alkol kullanıyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
15- Halen çalıştığınız yer:
1- İl merkezi 2- İlçe merkezi 3- Belde-Köy
16- TUS'a hazırlanıyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
17- Halen çalıştığınız iş yeri: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
1- Aile Sağlığı Merkezi 2-Toplum Sağlığı Merkezi 3- Diğer …….
18- İş yerinde yöneticilik göreviniz var mı?
1- Evet 2- Hayır
19- Meslekteki toplam çalışma süreniz: ……ay/……yıl
20- Aile hekimliği sisteminde hizmet süreniz:.....ay/……yıl
21- Aile hekimliği sistemi uygulamasından memnun musunuz?
1-Memnun 2-Orta derece memnun 3-Memnun değil
22- Mesleğinizin toplumda hak ettiği değeri bulduğuna inanıyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
23- Nöbet tutuyor musunuz?
1- Evet (….gün/…ay) 2- Hayır
24- Hekimlik mesleğini seçmeniz konusundaki düşünceleriniz:
1- Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum.
2- Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum.
3- Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum.
25- Çocuğunuzun hekim olmasını ister misiniz?
1- Evet 2- Hayır
26- Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?
1- Evet 2- Kısmen 3- Hayır
27- İşiniz beklentilerinizi karşılıyor mu?
1- Evet 2- Kısmen 3- Hayır
28- Sizce işyerinizdeki fiziki koşullar yeterli midir?
1- Yeterli 2- Kısmen yeterli 3- Yetersiz
29- Son bir yıl içinde çalıştığınız kurumda hizmet içi eğitimi aldınız mı?
1- Evet 2- Hayır
30- Kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılıyor musunuz?
1- Evet sık sık katılıyorum. 2- Fırsat buldukça katılıyorum. 3- Katılmıyorum.
31- Tıbbi yayın izliyor musunuz?
1- Evet 2- Zaman zaman 3- Hayır

EK-2.

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

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

	Hiçbir	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1- İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2- İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3- Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum					
4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5- İşim gereği bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6- Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı					
7- İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8- Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9-Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10- Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11- Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12- Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13- İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14- İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15- İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16- Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.					
17- İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım.					
18- İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19- Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20- Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum					
21- İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım					
22-Karşılaştıklarımın problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

EK-3.

MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda yapmakta olduğunuz işe karşı duygu ve durumlarınızı gösteren ifadeler bulunmaktadır. Sizden beklenen bu ifadeler üzerinde düşünmeniz ve size en uygun seçeneği 'X' işareti koyarak belirtmenizdir.

1=Hiç Memnun Değilim 2=Memnun Değilim 3= Kararsızım 4=Memnunum 5=Çok Memnunum

	Hiç Memnun Değilim	**Memnun Değilim**	**Kararsızım**	**Memnunum**	**Çok Memnunum**
1. Beni her zaman meşgul etmesinden					
2. Tek başıma çalışma olanağı olması bakımından					
3.Ara sıra değişik şeyler yapabilmeme imkân vermesinden					
4.Toplumda saygın bir kişi olma şansını bana vermesinden					
5. Yöneticimin astlarını idare tarzından					
6. Yöneticimin karar vermedeki yeteneğinden					
7. Vicdanıma uygun şeyler yapabilme olanağımın olmasından					
8. Bana sabit bir iş olanağı sağlamasından					
9. Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağım olmasından					
10. Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansım olmasından					
11.Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansımın olmasından					
12. İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konmasından					
13.Yaptığım iş karşılığında aldığım ücretten					
14. İş de terfi olanağımın olmasından					
15. Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini vermesinden					
16. Kendi yeteneklerimi uygulama şansını vermesinden					
17. Çalışma şartlarından					
18. Çalışma arkadaşlarımın birbirleriyle anlaşmalarından					
19. Yaptığım iş karşılığında takdir edilmemden					
20. Yaptığım işten duyduğum başarı hissinden					

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ERZURUM'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA GÖREV YAPAN HEKİMLERDE İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE ETKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dr. Aysun ARAS

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 02.09.2009
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 10.01.2014
Uzmanlık Sınavı Tarihi : 10.01.2014
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN

Jüri üyesi : Doç. Dr. Serhat VANÇELİK

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Elif. Okşan ÇALIKOĞLU

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Zahide KOŞAN

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN

Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

OCAK-2014
ERZURUM