

HEKİMLER ARASINDA TÜKENMİŞLİK DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI 2021

**HEKİMLER ARASINDA
TÜKENMİŞLİK DURUMU
VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

ARAŞTIRMA RAPORU



Araştırmacılar

Dr. Dilek ASLAN¹
Dr. Meltem ŞENGELEN²
Dr. Gülriz ERİŞGEN³

Hekimler Arasında Tükenmişlik Durumu ve
İlişkili Faktörler

ISBN 978-605-9665-53-7

Aralık 2021, Ankara

Türk Tabipleri Birliği Yayınları

**Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi**

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

¹ Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

² Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

³ Prof. Dr., TOBB-ETÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı, TTB-UDEK Genel Sekreteri

İÇİNDEKİLER

Önsöz.....	3
Sunu.....	4
1. Giriş.....	7
2. Amaçlar.....	9
3. Gereç ve Yöntem	10
3.1. Araştırmanın yeri.....	10
3.2. Araştırmanın zamanı.....	10
3.3. Araştırmanın evreni, örnekleme, araştırma grubu.....	10
3.4. Araştırmanın tipi.....	10
3.5. Araştırma için gerekli insan gücü.....	10
3.6. Araştırmanın yöntemi ve veri toplama araçları, verilerin toplanması.....	10
3.7. Verilerin analizi	10
3.8. Araştırma için gerekli izinler	11
4. Bulgular.....	12
4.1. Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri.....	12
4.2. Hekimlerin çalışma koşulları.....	12
4.3. Hekimlerin sağlık/hastalıkla ilgili bazı davranışları	14
4.4. Hekimlerin sağlıkla ilgili algıları ve kronik hastalıkları olma durumları.....	15
4.5. Hekimlerin tükenme ile ilgili bulguları	16
4.6. Hekimlerin toplum için ve kendileri için gördükleri en önemli sağlık sorunları	19
5. Tartışma	22
6. Öneriler	25
6.1. Hekimlerin sağlık durumlarına ilişkin öneriler	25
6.2. Hekimlerin tükenme durumlarına ilişkin öneriler.....	25
Kaynaklar	26

Önsöz

Hekimliğin yıllar içinde değersizleştirilmesi, çalışma koşullarımızın ağırlaşması ve toplumda şiddet davranışının yaygınlaşmasıyla paralel çalışma ortamlarımızın artan şiddetle gittikçe güvensiz hale gelmesi, sağlıkta dönüşümle birlikte dayatılan, iş güvencesini ortadan kaldıran çalışma rejimi bizleri her gün tüketiyor. Son iki yıldır küresel bir salgının içinde tüm salgın yönetiminin de sağlık emekçilerinin omuzlarına yüklenmiş olmasıyla bu tükenme daha da derinleşiyor.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından 2005 yılında yayımlanan “*Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler*” başlıklı çalışma da dahil emek verdiği TTB’de her zaman hekimlerin tükenme durumuna dikkat çeken ve 2020 yılında çok erken yitirdiğimiz sevgili meslektaşımız Ali ÖZYURT’un anısına adanan yeni araştırma sonuçları hepimize bir yandan tükenmenin ulaştığı boyutu diğer yandan da bu tükenmeden çıkışın yollarını gösteriyor.

Önceki araştırmaya katılan hekimlerin günlük çalışma saati arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmalarının arttığı, başka bir işte daha çalıştığını ifade eden hekimlerin tükenmişlik değerlerinin başka işte çalışmadığını ifade eden hekimlere göre daha yüksek olduğu belirlenirken, yeni çalışmada bunların tükenme düzeyinde etkisinin bulunmaması ancak kişisel başarı puanının meslekte geçen yıllarla artması ve tükenme düzeyinin de azalması; son yıllarda özellikle genç meslektaşlarımızda mesleğin değersizleştirilmesinin çok daha derinden hissedildiğini göstermektedir. Meslektaşlarımızın son birkaç yılda artan bir ivme ile yurtdışına gitme çabası göstermesi, 2021 yılı içinde iyi hal belgesi almak için başvuran hekim sayısının son on yılın en yüksek düzeyine ulaşarak 1405’e çıkması ve görüşmelerde değersizleşmenin çok fazla dile getirilmesi bu sorunun ivedilikle ele alınmasını gerektirmektedir. Aile Sağlığı Merkezi ve özel sektörde çalışan hekimlerin tükenme düzeylerinin kamuda çalışan hekimlerden fazla bulunması çalışma koşulları düşünüldüğünde bir diğer ciddi sorunun da güvencesiz çalışma olduğuna işaret etmektedir.

Bu araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğunun önceki çalışma sonuçlarına benzer şekilde yaşanan sorunlara çözümler üretilebileceğini düşünmesi, hem toplum hem de kendileri için sağlıksız buldukları ilk sorunun sağlık sistemi olduğunu belirtmeleri, çözüm için de Sağlık Bakanlığı ve meslek örgütümüze işaret edilmesi Türk Tabipleri Birliği olarak yıllardır savunduğumuz ilkelerimizin ne denli yerinde olduğunu, sağlıkta dönüşüm adı altında sağlık sistemini koruyucu sağlık hizmetlerinden uzaklaştıran, sağlığı metalaştıran ve kısıktırılmış sağlık talebiyle meslektaşlarımıza nitelik yerine niceliği dayatan, dayanışma yerine yarışmaya zorlayan bir sistemin hepimiz için sağlıksızlık anlamına geldiğini bir kez daha gösteriyor. Bu sistem hepimizi tüketiyor ama hekimlerin bu tükenmeden çıkma umudu ve bu umudunu meslek örgütüyle özdeşleştirilmesi bizlere büyük bir sorumluluk da yüklüyor.

Bu araştırmayı planlayıp yürüterek, kapsamlı bir rapor olarak sunan değerli meslektaşlarımız Dilek ASLAN, Meltem ŞENGELEN ve Gülriz ERİŞGEN’e bu verimli çalışma, anlamlı sonuçlar ve sorumluluklarımızı bir kez daha hatırlattıkları için çok teşekkür ediyoruz.

Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı
Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı

Sunu

Değerli okurlar,

Bu rapor, hekimler arasında tükenmişlik durumunu ve ilişkili faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılan bilimsel bir araştırmanın sonuçlarından yararlanarak hazırlanmıştır. Rapora araştırmaya konu olan hekimler arasında yaşanan tükenme, uzun yıllardan bu yana önemli bir çalışma konusudur ve Türk Tabipleri Birliği (TTB) de bu konuda aralıklı olarak çalışmalar yapmaktadır. Yapılan araştırmaların sonuçları hekimlerin tükenmelerini iyileştirebilecek doğru müdahalelerin varlığını, sistematik yaklaşımlarla bu sorunla baş edilebileceğini ortaya koymaktadır. Dünyada ve Türkiye’de bu konuda öneriler genellikle benzerdir.

İçeriğinde temel araştırma bulgularına yer verilen rapor, TTB’de hekimlerin tükenme durumuna dikkat çeken ve 2020 yılında kaybettiğimiz değerli sağlık emekçisi Dr. Ali ÖZYURT’un saygın anısına ithaf edilmiştir. Dr. ÖZYURT, hekimler arasında tükenme durumunu ortaya koymak amacıyla geçmişte akademik ve toplumsal çalışmaların içinde yer almış ve tükenmenin önlenmesine yönelik önemli katkıları olmuştur.

Raporunu okuduğunuz bu araştırmanın ve sonuçlarının Dr. ÖZYURT’un çabalarının ileriye taşınmasına katkı sunmasını arzu ediyoruz.

Araştırmanın yapılabilmesine olanak sağlayan TTB Merkez Konseyine, katkıları için Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu ve TTB kurumsal yapısında tükenme konusunda çalışmalar yürüten meslektaşlarımıza, Dr. Ali ÖZYURT’un hekimlerin tükenme konusundaki çalışmalarının değerinin farkında olan ve tükenme konusunda çaba içinde olan bütün hekimlere teşekkür ederiz.

Yararlı olabilmesi dileğiyle...
Saygılarımızla

Araştırmacılar

Dr. Dilek ASLAN, Dr. Meltem ŞENGELEN, Dr. Gülriz ERİŞGEN

Kısaltmalar Dizini

MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MTÖ-DT	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme
MTÖ-DYS	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma
MTÖ-KB	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TL	Türk Lirası
TTB	Türk Tabipleri Birliği

Tablolar Dizini

Tablo	Tablo adı	Sayfa
1	Hekimlerin Sosyo-demografik Bazı Özellikleri	9
2	Hekimlerin Çalışma Durumları ile İlgili Bazı Özellikler	10
3	Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlar	11
4	Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Ayda Kazandıkları Para Miktarı	11
5	Hekimlerin Tütün Kullanma Durumları	11
6	Hekimlerin Beslenme, Fizik Aktivite Yapma ve Uyku Düzenlerine İlişkin Görüşleri	12
7	Hekimlerin Sağlık Algısı	12
8	Hekimlerin Kronik Hastalık Varlığı	13
9	Hekimlerin Tükenmişlik Puanları	13
10	Hekimlerin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki	14
11	Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumları ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki	14
12	Hekimlerin Bazı Çalışma Koşulları ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki	15
13	Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Tükenmişlik Puanları	15
14	Hekimlerin Toplum İçin Gördükleri Öncelikli Sağlık Sorunları	16
15	Hekimlerin Kendileri İçin Gördükleri Öncelikli Sağlık Sorunları	16
16	Hekimlerin Mevcut Sorunlara Çözüm Üretilibilip Üretilemeyeceğine Dair Görüşleri	17
17	Çözüm Üretme Aşamasında Sorumluluk Alması Gerektiği Bildirilen Bileşenler	17
18	Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu Konusunda Çözüm Üretebilmesi Konusunda Görüşleri ve Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki	17
19	Hekimlerin MTÖ-DT Puanları ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Regresyon Analizi ile Belirlenmesi	18
20	Hekimlerin MTÖ-DYS Puanları ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Regresyon Analizi ile Belirlenmesi	18
21	Hekimlerin MTÖ-KB Puanları ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Regresyon Analizi ile Belirlenmesi	18

1. Giriş

Tükenme ile ilgili kavramsal tartışma uzun yıllar öncesine dayanmaktadır. Kavramın öncü kullanımı 1969 yılında Bradley'e aittir. Kavramın 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından tanımlandığı ifade edilmektedir (1,2). Kavramın "sendrom" boyutu Maslach tarafından tanımlanmıştır. Maslach'a göre tükenmişlik sendromu, kişinin iş yaşamında ve diğerleriyle ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel tükenme, duygusal tükenme ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendromdur (3). Maslach ve Jackson (4) geliştirdikleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ile bu sendromun duygusal tükenmişlik (MTÖ-DT), duyarsızlaşma (MTÖ-DYS) ve kişisel başarı noksanlığı (MTÖ-KB) olarak üç alt boyutu olduğunu ifade etmiştir. Duygusal tükenme; kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ya da aşırı yüklenilmiş olma halini, duygularını tanımlar. Duyarsızlaşma, çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranmalarını ifade etmektedir (4).

Tükenmişlik sendromunun fiziksel, duygusal ve zihinsel bileşenleri vardır. Kronik yorgunluk, güçsüzlük, sık baş ağrıları, bel ağrısı, uyku bozuklukları gibi değişik fiziksel sorun ve yakınmaların yanı sıra depresyon, güvensizlik, ümitsizlik, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygular vardır. Zihinsel tükenmişlik bulguları ise doyumuzluk, kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı negatif tutumlar içerir (5).

Tükenmişlik olgusunun ortaya çıkmasına sebep olabilecek birçok bireysel ve kurumsal faktör vardır ancak bunlardan en yaygın olanı strestir. Bazı kaynaklar tükenmişlik sendromunun kronik stres sonucu oluşan bir hastalık olduğu ve sıklıkla yorgunluk, uyku problemleri ve kişilik bozuklukları ile birlikte seyrettiği üzerinde durmaktadır. Kimi zaman bu hastalık kronik yorgunluk sendromu ile karışabilmekte, kimi zaman da birlikte seyredebilmektedir (6).

Yapılan çalışmalar tükenme ile karşılaşma riskinin doktorlar, hemşireler, dişhekimleri, öğretmenler, polisler, psikologlar, çocuk bakıcıları gibi insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Tükenmişlik sendromunun hekimlerin %30 ile 40'ının iş performansını etkilediği ileri sürülmektedir (7).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarına özgü pek çok etmen tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir. Çalışma sisteminin yapısı, özellikleri önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik ve ölümcül hastalar ile uğraşmak, hasta gereksinimlerinin finansal, bürokratik ya da idari nedenlerle karşılanamaması, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması, yönetimlerin yetersizliği tükenmede rol oynamaktadır (8). Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları "zor" durumlar onların tükenmişlik düzeylerini artırabilir. İş yaşamında karşılaşılan stres, çocukların bakımı, ev içi sorumluluklar ev yaşamındaki stresle birleşir ve bu da bireylerin "tükenme" düzeylerinde artışa neden olur. Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında kültürel nedenler de rol oynayabilir. Pek çok sosyal, politik ve ekonomik faktör sağlık ile algıları ve çevresel koşulları değiştirebilir (5,7).

Sağlık çalışanları ve hekimlerde tükenmişlik üzerine farklı ülkelerde gerçekleştirilmiş çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Türkiye'de de sağlık çalışanlarının farklı kesimlerine yönelik çalışmalar yayınlanmıştır (9-13). Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından 2005 yılında yayımlanan "Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmada TTB aracılığı ile araştırmaya katılmaya

gönüllü olan ve ulaşılabilen tabip odalarına kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışmakta olan bir grup hekim ile yapılan çalışmada hekimlerin ortalama MTÖ-DT puanı $15,48 \pm 6,7$; MTÖ-DYS puanı $5,51 \pm 3,51$ ve MTÖ-KB puanı $22,06 \pm 4,05$ bulunmuştur (14). Tükenmişlik düzeyi ile ilgili alt başlıklarda hekimler arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışılan kuruma bağlı farklılıklar saptanmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin günlük çalışma saati arttıkça “duygusal” ve “duyarsızlaşma” tükenme puanlarının arttığı saptanmıştır. Başka bir işte daha çalıştığını ifade eden hekimlerin “MTÖ-DT” ve “MTÖ-DYS” kategorilerinden aldıkları tükenmişlik puan ortalamaları başka işte çalışmadığını ifade eden hekimlere göre daha yüksektir. Herhangi bir hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerin “MTÖ-DT” ve “MTÖ-KB” açısından tükenme düzeyleri herhangi bir hastalığı olmadığını belirten hekimlere göre daha yüksektir. Bu araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%94,2) var olan hekim sorunlarına çözümler üretilebileceğini düşünmektedir. Çözüm beklenen yapılar arasında ilk sırayı meslek örgütü almıştır (%90,4) (14).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre 160 000 civarı hekim bulunmaktadır. Hekimlerin çoğunluğu uzman ve uzmanlık öğrencisidir (15). Her yıl tıp fakültelerinden mezun olan hekimler de dikkate alındığında sayısal olarak hekimler her yıl artmaktadır. Hekimlerin yaşadığı pek çok farklı sorunun yanı sıra tükenme durumları da kendilerinin sağlığını, dolayısıyla da hizmet sundukları toplum sağlığını etkileyebilmektedir. Hekimlerin mesleki yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar tükenme düzeyi ile de ilişkilendirilebilmektedir. Dünyadaki gelişmeler de hekimler arasındaki tükenme durumunu etkilemektedir. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) döneminde hekimler arasında tükenme durumunun arttığına dair bilimsel veriler mevcuttur (16,17). Pandemi, tükenme açısından tıp eğitimi süreçlerini de olumsuz etkilemektedir (18).

Bütün bu gerekçelere bağlı olarak bu çalışmada, değişen ve olağan dışı koşullarda, TTB aracılığı ile ulaşılabilen ve Türkiye’de TTB ve tabip odalarına kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışmakta olan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

2. Amaçlar

Kısa dönemli amaçlar

Türk Tabipleri Birliği elektronik kayıtları aracılığı ile ulaşılan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan Türkiye’de TTB ve tabip odalarına kayıtlı hekimlerin;

1. Sosyo-demografik bazı özelliklerinin saptanması (yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence tipi, vb)
2. Bazı çalışma özelliklerinin belirlenmesi (çalıştığı kurum, hekimlik yaptığı alan, ikinci bir işte çalışma durumu, vb)
3. Sağlık ile ilgili bazı davranışlarının belirlenmesi (tütün kullanma, beslenme, düzenli uyku, fizik egzersiz yapma, vb.)
4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak “tükenmişlik” durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Orta-uzun dönemli amaç

Araştırmaya katılan hekimlerin tespit edilmiş sorunlarına yönelik olarak çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve konu ile ilgili bundan sonra yapılacak olan çalışmalara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

3. Gereç ve Yöntem

3.1.Araştırmanın yeri

Araştırma çevrimiçi olarak yürütülmüştür. Oluşturulan çevrimiçi veri toplama formunun adresini içeren araştırmaya davet metni TTB (ve tabip odaları) üyesi hekimlere e-posta ile iletilmiştir.

3.2.Araştırmanın zamanı

Araştırmaya kurumsal izin ve etik kurul izni alınmasının ardından Kasım 2020 tarihinde başlanmıştır. Veri toplama süreci araştırma planı ile uyumlu şekilde sürdürülmüştür. Rapor yazımı Kasım 2021 döneminde tamamlanmıştır.

3.3.Araştırmanın evreni, örnekleme, araştırma grubu

Araştırmanın evrenini TTB (ve tabip odaları) üyesi hekimler oluşturmaktadır. Araştırma için örneklem seçilmemiştir. Oluşturulan çevrimiçi veri toplama formu TTB (ve tabip odaları) üyesi hekimlere e-posta sistemi üzerinden iletilmiştir. Katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve çevrimiçi veri toplama formuna erişerek formu dolduran hekimler araştırma grubunu oluşturmuştur. Sonuç olarak, araştırmaya 626 hekim katılmıştır.

3.4.Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

3.5.Araştırma için gerekli insan gücü

Araştırmanın planlanması, verilerinin toplanması, analizi, rapor yazımı araştırmacılar tarafından tamamlanmıştır. Bütün aşamalarda TTB kurumsal yapısı içerisinde hekimlerde tükenme durumu ile ilgili hekimlerden görüş(ler) alınmıştır.

3.6.Araştırmanın yöntemi ve veri toplama araçları, verilerin toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu aracılığı ile toplanmıştır. Formun duyurusu TTB tarafından yapılmıştır.

3.7.Verilerin analizi

Araştırmada tükenmişlik düzeyi Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (13). MTÖ, üç alt kategoriyi kapsamaktadır ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Alt kategoriler “duygusal tükenme (MTÖ-DT)”, “duyarsızlaşma (MTÖ-DYS)” ve “kişisel başarı (MTÖ-KB)” bölümleridir. Maddeler beş dereceli Likert tipi cevaplanan sorulardan oluşmaktadır.

Alt ölçek puanlarının hesaplanması:

- ✓ Hiçbir zaman (0)
- ✓ Çok nadir (1)
- ✓ Bazen (2)
- ✓ Çoğu zaman (3)
- ✓ Her zaman (4)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutları ile ilgili sorular olumsuz; kişisel başarı boyutu ile ilgili sorular olumlu ifadelerden oluşmaktadır. **Bu nedenle, Tükenmişlik Sendromunda MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanlarının yüksek; MTÖ-KB puanlarının düşük olması beklenmektedir.** Değerlendirmeler sırasında alınan MTÖ alt kategori puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır. Bunun nedeni Türkiye’de yapılan araştırmalar için kesim noktalarının belirlenmemiş olmasıdır (12).

Veri analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanılmıştır. Bulgular, sayı ve yüzde değerler kullanılarak sunulmuştur. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiş; normal dağılım gösteren iki bağımsız grup ortalaması arasındaki farkın karşılaştırılması için t testi, normal dağılıma uymayan durumlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Benzer şekilde normal dağılım gösteren ikiden fazla grup ortalamaları arasındaki farklar ANOVA testi, normal dağılıma uymayan durumlarda Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Tükenmişlik durumu ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi için backward analiz yöntemi kullanılarak çok değişkenli regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $\alpha=0,05$ kabul edilmiştir.

3.8.Araştırma için gerekli izinler

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumsal izin (Ağustos 2020) ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni (Kasım 2020) alınmıştır.

4. Bulgular

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

4.1.Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri

Araştırmaya katılan 626 hekimin 374’ü erkek (%59,7) ve 252’si kadındır (%40,3). Hekimlerin %74,0’ı (n=463) evlidir. Hekimlerin yaş ortalaması 45,3±10,7 olarak bulunmuştur. Grubun çoğunluğunun sağlık harcamalarını SGK tarafından karşıladığı belirtilmiştir (%44,1) (Tablo 1).

Tablo 1. Hekimlerin Sosyo-demografik Bazı Özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet (n=626)		
Erkek	374	59,7
Kadın	252	40,3
Medeni Durum (n=626)		
Evli	463	74,0
Boşanmış	62	9,9
Eşi vefat etmiş	4	0,6
Hiç evlenmemiş	97	15,5
Yaş Grupları (n=625)		
24*-34	132	21,1
35-44	146	23,4
45-54	207	33,1
55-64	131	20,9
65 ve üzeri	9	1,4
Ortalama=45,3± 10,7, Ortanca=46 Alt değer=24 Üst değer=73		
Sağlık Harcamalarını Nasıl Karşılıdığı (n=626)		
Sağlık güvencesi yok	1	0,2
Var, SGK	276	44,1
Var, SGK ve cepten	249	39,8
Var, SGK ve özel sigorta	89	14,2
Var, sadece özel	7	1,1
Var, sadece cepten	4	0,6

*Bir kişi 24 yaşında olduğunu ifade etmiştir.

4.2.Hekimlerin çalışma koşulları

Araştırmaya katılan hekimlerin %13,7’si pratisyen (n=86), %14,2’si aile hekimi (n=89) ve %72,0’ı (n=451) uzmandır. Hekimlerin meslekte çalışma süresi ortalama 20,6±10,8 yıldır. Hekimler günde ortalama 8,70±2,45 saat çalıştıklarını ifade etmişlerdir. On yedi saat ve üzerinde çalıştığını ifade eden hekimlerin toplam içindeki payları %1,1’dir (7 kişi).

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları en sık belirtilen beş kurum özel hastane (%19,8, n=121), eğitim araştırma statüsünde olan hastane (%19,8, n=121), ASM (%17,0, n=104), üniversite hastanesi (%16,7, n=102) ve eğitim araştırma statüsünde olmayan hastane (%10,5, n=64) olmuştur. Hekimlerin %14,4’ü (n=88) başka bir işte çalıştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Hekimlerin Çalışma Durumları ile İlgili Bazı Özellikler

Özellik	Sayı	Yüzde
Meslek Grubu (n=626)		
Pratisyen	86	13,7
Aile hekimi	89	14,2
Uzman	451	72,0
Meslekte Çalışma Süresi (yıl) (n=625)*		
0-4	47	7,5
5-9	83	13,3
10-14	66	10,6
15-19	80	12,8
20-24	78	12,5
25 ve üzeri	271	43,4
Ortalama=20,6±10,8 Ortanca=21 Alt değer=1 Üst değer=45		
Günlük Çalışma Süresi (saat) (n=611)*		
1-8	358	58,6
9 ve üzeri	253	41,4
Ortalama=8,70±2,45 Ortanca=8 Alt değer=1 Üst değer=24		
Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlar (n=610)*		
Özel hastane	121	19,8
Eğitim araştırma statüsünde olan hastane	121	19,8
ASM	104	17,0
Üniversite hastanesi	102	16,7
Eğitim araştırma statüsünde olmayan hastane	64	10,5
İşyeri hekimi	24	3,9
İlçe sağlık müdürlüğü	16	2,6
Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı	11	1,8
OSGB	5	0,8
Özel tıp merkezi	5	0,8
Üniversite hastanesi (hastane dışı)	3	0,5
Fizik tedavi merkezi	2	0,3
Afiliye hastane	2	0,3
Eğitim araştırma ve üniversite hastanesi	1	0,1
Laboratuvar	1	0,1
Kendi sağlık şirketi	1	0,1
Şehir hastanesi	1	0,1
Tüp bebek merkezi	1	0,1
Devlet hastanesi acil servis	2	0,2
112 Acil	1	0,1
Görüntüleme merkezi	1	0,2
Vakıf üniversitesi	1	0,2
Başka (ek) İşte Çalışma Durumu (n=611)*		
Çalışmıyor	523	85,6
Çalışıyor	88	14,4

*Soruya yanıt veren hekim sayısı, halen çalışan hekimler üzerinden hesaplama yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin %53,9'u (n=328) kamuda, %29,1'i özel sektörde ve %17,1'i (n=104) ASM'de görev yapmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlar

Çalışılan kurum	Sayı	Yüzde
Kamu	328	53,9
Özel	177	29,1
ASM	104	17,1
Toplam	609	100,0

Araştırmaya katılan hekimler ayda ortalama 13,4±7,3 bin TL kazandıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin çoğunluğu (%64,8) ayda 11-20 bin TL arasında kazandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Ayda Kazandıkları Para Miktarı (Bin TL)

Ayda Kazanılan Toplam Ücret (Bin TL)	Sayı	Yüzde
10 ve altı	135	21,9
11-20	399	64,8
21-30	56	9,1
31-40	18	2,9
41-50	4	0,6
51-60	-	-
61-70	-	-
71-80	1	0,2
81-90	1	0,2
91-100	1	0,2
Toplam	616	100,0
Ortalama=13 404±7364 Ortanca=12000 Alt değer=5000 Üst değer=100000		

4.3. Hekimlerin sağlık/hastalıkla ilgili bazı davranışları

Hekimlerin %47,4'ü (n=297) hiç tütün ürünü kullanmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %18,4'ü (n=115) her gün düzenli olarak tütün ürünü kullanmaktadırlar. En sık kullanılan tütün ürünü sigaradır (n=105) (Tablo 5).

Tablo 5. Hekimlerin Tütün Kullanma Durumları

Özellik	Sayı	Yüzde
Tütün Kullanım Durumu (n=626)		
Hiç içmemiş	297	47,4
İçmiş, bırakmış	154	24,6
Ara sıra içen	60	9,6
Her gün düzenli içen	115	18,4
Düzenli İçenlerin Günde İçtikleri Sigara Adedi (n=105)*		
1-10	33	31,7
11-20	53	51,0
20 üzeri	18	17,3
Ortalama=17,9±10,5 Ortanca=20 Alt değer=2 Üst değer=60		

* 10 kişi yanıt vermemiştir.

Hekimlerin %57,8'i (n=362) beslenme alışkanlıklarının çok sağlıklı ve sağlıklı olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda kararsız olan 145 hekim bulunmaktadır (%23,2). Araştırmaya katılan 119 hekim beslenme alışkanlıklarını sağlıksız ya da çok sağlıksız olarak ifade etmişlerdir (%19,0).

Yüz on hekim (%17,6) Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen şekilde fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir. Grubun çoğunluğu (n=516, %82,4) yeterli düzeyde fizik aktivite yapmamaktadır.

Hekimlerin 274'ü (%43,8) düzenli olarak uyduklarını ifade etmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Hekimlerin Beslenme, Fizik Aktivite Yapma ve Uyku Düzenlerine İlişkin Görüşleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Beslenme Durumu		
Çok sağlıklı	22	3,5
Sağlıklı	340	54,3
Kararsız	145	23,2
Sağlıksız	107	17,1
Çok sağlıksız	12	1,9
Önerilere Uygun Fizik Aktivite Yapma Durumu		
Evet	110	17,6
Hayır	516	82,4
Düzenli Uyku Durumu		
Düzenli	274	43,8
Düzensiz	264	42,2
Kararsız	88	14,1
Ortalama süre (saat)=6,6±1,1 Ortanca süre (saat)=7 Alt değer= 3 Üst değer=11		
Toplam	626	100,0

4.4.Hekimlerin sağlıkla ilgili algıları ve kronik hastalıkları olma durumları

Hekimlerin 58,3'ü (n=359) kendisini sağlıklı ve çok sağlıklı olarak algılamaktadır. Sağlıksız olduğunu düşünen 121 hekim (%19,3) ve çok sağlıksız olduğunu düşünen 4 hekim (%0,6) vardır (Tablo 7).

Tablo 7. Hekimlerin Sağlık Algısı

Sağlık Algısı	Sayı	Yüzde
Çok sağlıklı	17	2,7
Sağlıklı	342	54,6
Kararsız	142	22,7
Sağlıksız	121	19,3
Çok sağlıksız	4	0,6
Toplam	626	100,0

Hekimlerin 48,1'i (n=301) kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. En sık belirtilen beş kronik hastalık kalp ve damar hastalıkları (n=141; %46,8), diabetes mellitus (n=67; %22,2), mental hastalıklar (n=42; %13,9), kronik akciğer hastalığı (n=27; %8,9) ve kanser (n=15; %4,9) olmuştur. Kronik hastalığı olduğunu belirten 293 hekimin çoğunluğu (n=265, %90,4) tedavi önerildiğini ve önerilen tedaviyi uyguladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8. Hekimlerin Kronik Hastalık Varlığı

Özellik	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık Varlığı (n=626)		
Yok	325	51,9
Var*	301	48,1
<i>Kalp ve damar hastalıkları</i>	141	46,8
<i>DM</i>	67	22,2
<i>Mental hastalıklar</i>	42	13,9
<i>Kronik akciğer hastalıkları</i>	27	8,9
<i>Kanser</i>	15	4,9
Kronik Hastalığı Olan Hekimlerin Tedavi Süreçleri (n=293**)		
Tedavi önerildi, uyguluyor	265	90,4
Tedavi önerildi, uygulamıyor	15	5,1
Tedavi önerilmedi	13	4,4

**Her bir hastalık başlığı için yüzde hesaplamaları kronik hastalığı olduğunu belirten toplam 301 kişi üzerinden yapılmıştır.

**Sekiz kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

4.5. Hekimlerin tükenme ile ilgili bulguları

Araştırmaya katılan hekimlerin MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama MTÖ-DT puanı $19,52 \pm 7,54$; MTÖ-DYS puanı $7,47 \pm 4,02$ ve MTÖ-KB puanı $20,41 \pm 4,86$ olmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Hekimlerin Tükenmişlik Puanları

Kategori	Ortalama \pm ss	Ortanca	Alt-üst değer
MTÖ-Duygusal Tükenme (DT) 9 soru; alınabilecek en yüksek puan 36	$19,52 \pm 7,54$	19	0-36
MTÖ-Duyarsızlaşma (DYS) 5 soru; alınabilecek en yüksek puan 20	$7,47 \pm 4,02$	7	0-20
MTÖ-Kişisel Başarı (KB) 8 soru; alınabilecek en yüksek puan 32	$20,41 \pm 4,86$	21	3-32

Hekimlerin tükenme düzeyleri bazı değişkenlere göre (cinsiyet, medeni durum, yaş, meslek grubu) incelenmiştir. İncelenen değişkenler arasında istatistiksel açıdan fark saptanan değişken yaş olmuştur. Hekimler arasında her üç alt tükenme bileşeninde yaş arttıkça tükenme düzeyi azalmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Hekimlerin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

Kategori	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Cinsiyet			
Erkek	19,37±7,54	7,41±4,05	20,41±5,16
Kadın	19,76±7,55	7,55±3,99	20,41±4,39
p	0,524*	0,563**	0,825**
Medeni Durum			
Evli	19,52±7,53	7,38±4,06	20,45±5,06
Boşanmış	18,58±6,63	7,35±3,03	20,95±4,14
Eşi vefat etmiş	17,25±7,41	5,50±3,42	23,75±1,71
Hiç evlenmemiş	20,26±8,14	8,05±4,38	19,72±4,29
p	0,522***	0,357****	0,095****
Yaş Grupları			
24-34	20,79±7,84	8,83±4,32	18,78±4,81
35-44	20,73±7,18	7,90±4,11	19,51±4,77
45-54	19,87±7,97	7,27±4,01	20,89±4,88
55-64	16,66±6,25	6,01±3,11	22,21±4,21
65 ve üzeri	15,33±4,24	6,11±3,06	21,89±5,30
p	<0,001***	<0,001****	<0,001****
Meslek Grubu			
Pratisyen	21,24±6,85	7,84±3,75	20,59±4,27
Aile hekimi	19,03±7,76	6,99±3,66	19,91±5,05
Uzman	19,29±7,59	7,49±4,14	20,47±4,93
p	0,071***	0,367****	0,577****

* t testi

** Mann Whitney U testi

*** ANOVA testi

**** Kruskal Wallis testi

Hekimlerin kendi ifadelerine göre herhangi bir hastalıklarının olması tükenme durumunu etkilememiştir ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumları ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

Hastalık	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Yok	19,13±7,62	7,54±4,15	20,36±4,83
Var	19,95±7,44	7,39±3,88	20,46±4,90
p	0,174*	0,836**	0,716**

*t testi

** Mann Whitney U testi

Hekimlerin bazı çalışma koşullarına göre tükenme durumları incelenmiştir. Meslekte çalışma süresi ile tükenme durumu arasındaki ilişki her üç alt kategori için istatistiksek olarak anlamlıdır. Kişisel başarı puanı çalışma yılı arttıkça artmaktadır. Bir başka ifadeyle, çalışma yılı tükenme düzeyini azaltmaktadır. Diğer iki kategori için çalışma yılı arttıkça tükenme artmaktadır ($p<0,05$). Başka bir işte çalışma ve günlük çalışma süresi tükenme düzeyini etkilememiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Hekimlerin Bazı Çalışma Koşulları ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

Kategori	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Hekimlerin Çalışma Saati (günde)			
1-8	18,94±7,72	7,41±4,05	20,08±4,96
9 ve üzeri	20,15±7,25	7,49±4,02	20,92±4,58
p	0,052*	0,821**	0,073**
Meslekte Çalışma Süresi (yıl)			
0-4	18,72±8,31	8,77±4,29	18,98±4,43
5-9	22,34±7,45	9,18±4,22	18,69±4,79
10-14	20,20±7,81	8,08±4,38	19,27±4,63
15-19	20,50±6,40	7,89±3,98	19,36±4,98
20-24	21,26±8,08	7,56±3,75	20,62±4,96
25 ve üzeri	17,86±7,15	6,41±3,63	21,70±4,61
p	<0,001***	<0,001****	<0,001****
Başka İşte Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	19,38±7,41	7,39±3,96	20,29±4,82
Çalışıyor	19,81±8,36	7,75±4,49	21,27±4,74
p	0,652*	0,608**	0,155**

* t testi

** Mann Whitney U testi

*** Anova testi

**** Kruskal Wallis testi

Hekimlerin çalıştıkları kuruma göre tükenme puanları değişmiştir. Aile Sağlığı Merkezi ve özel sektörde çalışan hekimlerin her üç kategori için de tükenme düzeyleri kamuda çalışan hekimlerden yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hekimlerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Tükenmişlik Puanları

Çalışılan kurum	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Kamu	20,35±7,67	8,08±4,28	20,08±4,86
ASM	19,93±7,59	7,14±3,78	19,76±5,02
Özel	17,59±6,92	6,50±3,48	21,44±4,50
p	<0,001*	<0,001**	0,001**

* Anova testi

** Kruskal Wallis testi

4.6. Hekimlerin toplum için ve kendileri için gördükleri en önemli sağlık sorunları

Hekimlerin toplum için gördükleri en önemli sağlık sorunları arasında sağlık sistemi (n=277, %44,5), bilgisizlik (n=146, %23,5), ekonomik nedenler (n=45, %7,2), COVID-19 (n=43, %6,9), hekime yönelik iletişim, olumsuz davranışlar, güvensizlik (n=34, %5,5) ilk beş sırada yer almıştır. On iki hekim herhangi bir sorun olmadığını ifade etmiştir. Bir hekim tükenme durumunu sorun olarak belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Hekimlerin Toplum İçin Gördükleri En Önemli Sağlık Sorunları

Sorun Kategorisi	Sayı	Yüzde
Sağlık sistemi	277	44,5
Bilgisizlik	146	23,5
Ekonomik neden, eşitsizlik, vb	45	7,2
COVID-19	43	6,9
Hekime yönelik olan iletişim, olumsuz davranışlar, güvensizlik	34	5,5
Sağlıksız yaşam davranışları	33	5,3
Sorun yok	12	1,9
Sosyal medya, internet, vb. odaklı sorunlar	10	1,6
Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tedaviye uyum olmaması	8	1,3
Şiddet	6	1,0
Ruhsal sorun	5	0,8
Kronik hastalıklar	2	0,4
Tükenme	1	0,2
Toplam*	622	100,0

*Dört kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Hekimlerin kendileri için gördükleri öncelikli sağlık sorunları arasında sağlık sistemi (n=274, %43,9), şiddet (n=154, %24,7), bilgisizlik (n=77, %12,3), hekime yönelik iletişim, olumsuz davranışlar, güvensizlik (n=63, %10,1), COVID-19 (n=19, %3,0), ilk beş sırada yer almıştır. İki hekim herhangi bir sorun olmadığını ifade etmiştir. Yedi hekim mobbing ve beş hekim de tükenme durumunu sorun olarak belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Hekimlerin Kendileri İçin Gördükleri En Önemli Sağlık Sorunları

Sorun Kategorisi	Sayı	Yüzde
Sağlık sistemi	274	43,9
Şiddet	154	24,7
Bilgisizlik	77	12,3
Hekime yönelik olan iletişim, olumsuz davranışlar, güvensizlik	63	10,1
COVID-19	19	3,0
Ekonomik neden, eşitsizlik, vb	12	1,9
Mobbing	7	1,1
Tükenme	5	0,8
Sosyal medya, internet, vb. odaklı sorunlar	4	0,6
Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tedaviye uyum olmaması	3	0,5
Sağlıksız yaşam davranışları	2	0,3
Sorun yok	2	0,3
Sağlık çalışanlarının sağlığı	1	0,2
Ruhsal sorun	1	0,2
Toplam*	624	100,0

*İki kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Hekimlerin %91,2'si mevcut sorunlara çözüm üretilebileceğini düşünmektedirler (n=571) (Tablo 16).

Tablo 16. Hekimlerin Mevcut Sorunlara Çözüm Üretilebilir Üretilmeyeceğine Dair Görüşleri

Sorunlara çözüm	Sayı	Yüzde
Üretilemez	34	5,4
Kararsız	21	3,4
Üretilbilir	571	91,2
Toplam	626	100,0

Hekimler, çözüm üretme aşamasında sorumluluk alması gereken ilk beş bileşen olarak Sağlık Bakanlığı, meslek örgütü, üniversiteler, hekimlerin bireysel çabaları, uluslararası kurumları belirtmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Çözüm Üretme Aşamasında Sorumluluk Alması Gerektiği Bildirilen Bileşenler (n=626)

Kurum	Sayı*	Yüzde *
Sağlık Bakanlığı	625	99,8
Meslek Örgütü (Tabip Odaları/TTB)	548	87,5
Üniversiteler	381	60,9
Hekimlerin bireysel çabaları, katkıları	325	51,9
Uluslararası kurumlar	278	44,4

*Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Tükenmişlik konusunda çözüm üretilebileceğini düşünmeyen hekimlerin tükenme düzeyleri duygusal tükenme ve kişisel başarı açısından daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu Konusunda Çözüm Üretilbilmesi Konusunda Görüşleri ve Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

Tükenmişlik Konusunda Çözüm Üretilbilir	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
Evet	19,25±7,62	7,40±4,06	20,55±4,79
Kararsız	21,62±5,96	8,05±3,43	17,90±5,29
Hayır	22,85±5,98	8,24±3,73	19,62±5,38
p	0,011 *	0,160 **	0,028 **

* Anova testi

** Kruskal Wallis testi

Hekimlerin tükenmişlik durumu ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi için çok değişkenli regresyon analizi uygulanmıştır. Backward analiz yöntemi kullanılarak elde edilen son modeller MTÖ Duygusal Tükenme alt boyutu için Tablo 19'da, Duyarsızlaşma alt boyutu için Tablo 20'de ve Kişisel Başarı alt boyutu için Tablo 21'de verilmiştir. Tüm diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde hekimlerde Duygusal Tükenme yaş arttıkça azalmakta ($p<0,001$), kendilerini sağlıksız ya da sağlık durumlarıyla ilgili kararsız hissedenlerde artmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 19). Benzer şekilde tüm diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde hekimlerde Duyarsızlaşma meslekte çalışma süresi (yıl) arttıkça azalmakta ($p<0,001$), kendilerini sağlıksız ya da sağlık durumlarıyla ilgili kararsız hissedenlerde artmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 20). Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşmayla zıt olarak düşük puanların tükenmeyi gösterdiği Kişisel Başarı alt boyutu için tüm diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde meslekte çalışma süresi (yıl) arttıkça puan artmakta, tükenmişlik azalmakta ($p<0,001$), kendilerini sağlıksız ya da sağlık durumlarıyla ilgili kararsız hissedenlerde puan azalmakta, tükenmişlik artmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 19. Hekimlerin MTÖ-DT Puanları ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Regresyon Analizi ile Belirlenmesi

Değişken	B	p
(Sabit)	23,340	<0,001
Yaş	-0,133	<0,001
Sağlık Algısı (Sağlıksız/Kararsız vs Sağlıklı)	4,724	<0,001
Tıbbın Alanı (Pratisyen vs diğerleri)	1,592	0,054

Tablo 20. Hekimlerin MTÖ-DYS Puanları ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Regresyon Analizi ile Belirlenmesi

Değişken	B	p
(Sabit)	9,207	<0,001
Gelir	0,000	0,077
Meslekte Çalışma Süresi	-0,090	<0,001
Sağlık Algısı (Sağlıksız/Kararsız vs Sağlıklı)	1,467	<0,001

Tablo 21. Hekimlerin MTÖ-KB Puanları ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Regresyon Analizi ile Belirlenmesi

Değişken	B	p
(Sabit)	18,685	<0,001
Meslekte Çalışma Süresi	0,122	<0,001
Sağlık Algısı (Sağlıksız/Kararsız vs Sağlıklı)	-1,790	<0,001

5. Tartışma

Hekimler arasında tükenme durumunu saptamaya yönelik yapılmış olan araştırmaya 626 hekim katılmıştır. Hekimlerin yaş ortalaması $45,3 \pm 10,7$ olarak bulunmuştur. Katılanların 374'ü erkek (%59,7) ve 252'si kadındır (%40,3) (Tablo 1).

Hekimlerin %13,7'si pratisyen (n=86), %14,2'si aile hekimi (n=89) ve %72,0'ı (n=451) uzmandır (Tablo 2). Türkiye'de 2019 yılı itibarıyla 160 810 hekim bulunmaktadır ve hekimlerin %29,1'i pratisyen hekim ve %53,3'ü uzman hekimdir. Uzmanlık öğrencilerinin yüzdesi 17,9'dur (15).

Araştırmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yılı ortalaması $20,6 \pm 10,8$ 'dir. Hekimler günde ortalama $8,70 \pm 2,45$ saat çalışmaktadır. Hekimlerin %41,4'ü (n=253) günde 9 saat ve üzerinde çalıştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Hekimlerin çalışma saatleri önerilen 8 saatin üzerindedir. Hekimler, primer çalışma ortamlarında fazla mesai yapabildikleri gibi ek işte çalışma nedeniyle 8 saatin üzerinde çalışıyor olabilirler. Hekimlerin %14,4'ü (n=88) başka bir işte çalıştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Başka işte çalışmanın çok farklı nedenleri olabilir, ancak, en temel nedenin ekonomik olması muhtemeldir. Bu konu farklı zamanlarda dikkat çekilen bir konu olmuştur. Örneğin, TTB'nin, 2018 yılında yayınladığı bir raporda özel sağlık kurumlarında çalıştıklarına dair vurgu yer almaktadır (19).

Hekimler için kamu dışındaki çalışma seçenekleri araştırma grubunda önemli bir yer tutmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları en sık belirtilen beş kurum özel hastane (%19,8, n=121), eğitim araştırma statüsünde olan hastane (%19,8, n=121), ASM (%17,0, n=104), üniversite hastanesi (%16,7, n=102) ve eğitim araştırma statüsünde olmayan hastane (%10,5, n=64) olmuştur (Tablo 2). Bir başka ifadeyle araştırmaya katılan hekimlerin %53,9'u (n=328) kamuda, %29,1'i özel sektörde ve %17,1'i de (n=104) ASM'de görev yapmaktadır (Tablo 3). Hekimlerin çalışma koşulları ve ortamları araştırmanın temel amacı olan tükenme durumunu etkileyebilir. Ancak, araştırmada, özel ve diğer sektörlerdeki çalışma biçimlerine dair bir bilgi toplanmamıştır. Dolayısıyla, hekimlerin özel sistemde hangi koşullarda çalıştıklarının araştırıldığı farklı araştırmalar bu ayrıntıların irdelenmesine katkı sağlayabilir.

Araştırmaya katılan hekimler ayda ortalama $13,4 \pm 7,3$ bin TL kazandıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin çoğunluğu (%64,8) ayda 11-20 bin TL arasında kazandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Hekimlerin aldıkları ücretin insancıl bir yaşamı sağlayabilmesi gerekmektedir. Türk Tabipleri Birliği bu konudaki taleplerini zaman zaman gündeme taşımaktadır. TTB, hekimlerin tek işte çalışarak insanca yaşama yetecek, emekliliğine yansıyan bir ücreti elde etmeleri gerektiğini vurgulamakta ve önermektedir. Miktardan bağımsız olarak temel zemin olarak bu ilkesel yaklaşım kabul edilmektedir (20). TTB tarafından Mart 2017'de önerilen ücret ve çalışma koşulları araştırma grubu için karşılanmıştır (Tablo 4).

Araştırma kapsamında hekimlerin sağlığı ilgilendiren davranışları incelenmiştir. Hekimlerin sağlıklı yaşam davranışlarına sahip olup olmamasının toplum sağlığı açısından da önemli olduğu vurgulanmaktadır (21). Bu amaçla "hekimlerin iyilik ve sağlığı (physicians wellness) kavramı ve bu kavramın gereğinin sağlanması için de sağlık kurumlarının sorumlulukları gündeme taşınmıştır (22). Erken tanı ve tedavi amacıyla hekimlerin davranışlarının olumlu olması beklenmektedir. Ancak, Ünal ve ark. tarafından 2017 yılında 7228 hekimin katılımıyla yapılmış bir çalışmada (23) hekimlerin kronik hastalıklarının olduğu, belirtilen kronik hastalıklar arasında da hiperlipidemi ve hipertansiyonun ilk sırada

olduğu saptanmıştır ve hekimler kronik hastalıklar açısından tarama programlarına yeterince katılmamaktadırlar.

Araştırmaya katılan hekimlerin %18,4'ü (n=115) her gün düzenli olarak tütün ürünü kullanmaktadır (Tablo 5). Pipe ve ark. tarafından (2009) yapılmış bir çalışmada hekimler arasında sigara içme sıklığı %42 olarak rapor edilmiştir. Hekimlerin sigara içmesi durumunda hastalarına yönelik tütün kontrolü çalışmalarına daha az katkı verdikleri belirtilmiştir (24). Edwards ve ark. tarafından Yeni Zelanda'da (2013) yapılan bir çalışmada hekimler arasında tütün kullanımı sıklığı %2 olarak rapor edilmiştir (25). Nilan ve ark. tarafından 2019 yılında yapılan bir sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında sağlık çalışanları arasında tütün kullanımı %21 olarak bulunmuştur (26). Ünal ve ark., 2017 yılında yaptıkları çalışmada hekimlerin %21,8'inin tütün kullandıklarını ortaya koymuşlardır (23).

Hekimlerin %57,8'i (n=362) beslenme alışkanlıklarının çok sağlıklı ve sağlıklı olduğunu belirtmişlerdir. Yüz on hekim (%17,6) Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen düzeyde fiziksel aktivite yaptıklarını ifade etmiştir. Hekimlerin 274'ü (%43,8) düzenli olarak uyduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6). Görüldüğü üzere, hekimlerin sağlıkla ilgili davranışları istenilen düzeyde değildir. Sağlıksız davranışlar hekimlerin bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından risk altında olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada hekimlerin sadece %58,3'ü kendisini sağlıklı ve çok sağlıklı olarak algılamaktadır (Tablo 7). Her 100 hekimin 48'i de herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. En sık belirtilen beş kronik hastalık kalp ve damar hastalıkları, diabetes mellitus, mental hastalıklar, kronik akciğer hastalığı ve kanser olmuştur. Kronik hastalığı olduğunu belirten hekimlerin çoğunluğu tedavi önerildiğini ve önerilen tedaviyi uyguladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8). Hastalık profili ve tedaviye uyum açısından değerlendirme yapıldığında, hekimlerin kendi sağlıklarıyla ilgili yapmaları beklenen adımları tam olarak yapmadıkları anlaşılmaktadır.

Romani ve Ashkar (2014) hekimler arasında tükenmenin yaygın olduğunu ifade etmektedirler (23). West ve ark., hekimlerin tükenme düzeylerinin çeşitli faktörlerden etkilendiğini belirtmektedirler (28). Araştırmaya katılan hekimlerin MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama MTÖ-DT puanı $19,52 \pm 7,54$; MTÖ-DYS puanı $7,47 \pm 4,02$ ve MTÖ-KB puanı $20,41 \pm 4,86$ olmuştur (Tablo 9). Hekimlerin tükenme düzeyleri bazı değişkenlere göre (cinsiyet, medeni durum, yaş, meslek grubu) incelenmiştir. İncelenen değişkenler arasında istatistiksel açıdan fark saptanan değişken yaş olmuştur. Hekimler arasında her üç alt tükenme bileşeninde yaş arttıkça tükenme düzeyi azalmıştır (Tablo 10). Hekimlerin bazı çalışma koşullarına göre tükenme durumları incelenmiştir. Meslekte çalışma süresi tükenme durumu arasındaki ilişki her üç alt kategori için istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişisel başarı puanı çalışma yılı arttıkça artmaktadır. Bir başka ifadeyle, çalışma yılı tükenme düzeyini azaltmaktadır. Diğer iki kategori için çalışma yılı arttıkça tükenme artmaktadır ($p < 0,05$). Başka bir işte çalışma ve günlük çalışma süresi tükenme düzeyini etkilememiştir (Tablo 12). West ve ark. tarafından belirtildiği üzere yapılan çalışmalar hekimlerin iş doyumunu ile tükenme arasındaki ilişkinin olduğunu ortaya koymaktadır (28). Ancak, hekimler arasında sürdürülmüş olan çalışmada iş doyumuna ilişkin bir inceleme yapılmamıştır.

Hekimlerin çalıştıkları kuruma göre tükenme puanları değişmiştir. Aile Sağlığı Merkezi ve özel sektörde çalışan hekimlerin her üç kategori için de tükenme düzeyleri kamuda çalışan hekimlerden yüksektir ($p < 0,001$) (Tablo 13). Kamunun, hekimler için "güvence" üzerinden sorunlarla baş etme motivasyon ve gücünü artıran bir etki yaratabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında hekimlerin toplum için ve kendileri için gördükleri en önemli sağlık sorunları sorulmuştur. Hekimlerin toplum için gördükleri en önemli sağlık sorunları

arasında ilk beş sırayı sağlık sistemi (n=277, %44,5), bilgisizlik (n=146, %23,5), ekonomik nedenler (n=45, %7,2), COVID-19 (n=43, %6,9), hekime yönelik iletişim, olumsuz davranışlar, güvensizlik (n=34, %5,5) almıştır. On iki hekim herhangi bir sorun olmadığını ifade etmiştir. Bir hekim tükenme durumunu sorun olarak belirtmiştir (Tablo 14). Hekimlerin kendileri için gördükleri en önemli sağlık sorunları arasında ilk beş sırayı sağlık sistemi (n=274, %43,9), şiddet (n=154, %24,7), bilgisizlik (n=77, %12,3), hekime yönelik iletişim, olumsuz davranışlar, güvensizlik (n=63, %10,1), COVID-19 (n=19, %3,0) almıştır. İki hekim herhangi bir sorun olmadığını ifade etmiştir. Yedi hekim mobbing ve beş hekim de tükenme durumunu sorun olarak belirtmiştir (Tablo 15).

Araştırmanın temel konusu olan tükenme sadece bir hekim tarafından toplum sağlığı sorunu ve yedi hekim tarafından da kişisel sorun olarak belirtilmiştir (Tablo 14 ve 15). Hekimlerin toplum sağlığı ve kişisel sağlıkları ile ilgili öncelikleri arasında benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar her iki kategoride üst sırada yer almıştır. Yeni Koronavirüs Hastalığı araştırmanın yapıldığı dönemde en öncelikli sağlık gündemi olmasına rağmen hekimler tarafından toplum ve kendileri için ilk sırada belirtilen sağlık sorunu olmamıştır. Şiddet, her dört hekimden birisinin işaret ettiği sağlık sorunudur (Tablo 15). Şiddetin tükenme ile ilişkisi olduğu ve bu konuda hekimler arasında endişe varlığı farklı araştırmalarda ifade edilmektedir (29,30).

Hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%91,2) mevcut sorunlara çözüm üretilebileceğini düşünmektedir (Tablo 16). Çözüm ile ilgili sorumluluk alması gereken ilk beş bileşen hekimler tarafından Sağlık Bakanlığı, Meslek Örgütü, üniversiteler, hekimlerin bireysel çabaları, uluslararası kurumlar olarak belirtilmiştir (Tablo 17). Hekimlerin mevcut sorunlara çözüm üretilebileceğini düşünmeleri olumludur. Çözüm adreslerinin de sağlıkla ilgili temel sorumluluğu olan kamu ve meslek örgütlerini ilk sıralarda belirtmeleri bu kurumların eşgüdüm içinde çalışabilmelerine olan gereksinimi hatırlatmaktadır. Sistem temelli yaklaşımların çözümlere katkı sunacağı ifade edilmektedir (31).

Araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. *İlk olarak*, araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır, sonuçları topluma genellenemez. *İkinci olarak*, araştırmada tükenme durumunu etkileyen bütün koşullar sorulamamıştır. Tükenme durumu mevcut sorulara verilen yanıtlar çerçevesinde değerlendirilmiştir. *Üçüncü olarak*, araştırma çevrimiçi yapılmıştır. Bu sistem üzerinden erişim sağlayamayan hekimlerin görüşleri araştırmaya yansıtılamamıştır. *Son olarak*, araştırma bir kesit değerlendirmesidir, dolayısıyla sonuçlar araştırmanın yapıldığı andaki sağlık ve hastalık dinamikleri ile sınırlıdır.

Sonuç olarak, hekimler arasında önemli bir sorun olan tükenme ile ilgili durum tespitine yönelik olarak yapılmış bu çalışmanın sonuçları mevcut sorunların belirlenmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilebilmesi amacıyla önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Kamusal otoritenin ve meslek örgütlerinin iş birliği içerisinde sorunlara yönelik çözümleri üretebilmesi olanaklıdır, bu konuda en üst düzeyde çaba ve çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. Öneriler

Araştırma sonuçlarından yararlanılarak geliştirilen öneriler aşağıdadır.

6.1. Hekimlerin sağlık durumlarına ilişkin öneriler

- ✓ Hekimlerin sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesine yönelik farkındalık çalışmalarının yapılması
- ✓ Türk Tabipleri Birliği tarafından tütün bırakma, sağlıklı beslenme gibi düzenli programların oluşturulması ve geliştirilmesi
- ✓ Durum tespitinin ve müdahale alanlarının belirlenebilmesi için benzer bilimsel çalışmaların düzenli aralıklarla yapılması

6.2. Hekimlerin tükenme durumlarına ilişkin öneriler

- ✓ Tükenmeye neden olan koşulların ortadan kaldırılmasına yönelik olarak;
 - Sistem temelli çözümlerin üretilmesi (çalışma saatlerinin düzenlenmesi, özlük haklarının iyileştirilmesi, vb)
 - Hekimlerin gereksinim duymaları halinde meslek örgütüne başvuracakları sürdürülebilir bir mekanizmanın kurulması
 - Tükenme ile mücadele için ilgili bileşenlerle bir arada çalışılması (meslek örgütü, kamu, vb)
 - Durum tespitinin ve müdahale alanlarının belirlenebilmesi için benzer bilimsel çalışmaların düzenli aralıklarla yapılması

Kaynaklar

1. Bradley HB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency* 1969;15:359-370.
2. Freudenberger H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 1974;30: 159-165.
3. Maslach C, Pines AM (1979). Burnout, ' the loss of human caring, in Pines, A. and Maslach, C. (Eds.), *Experiencing social psychology*: 246-252. New York: Random House.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981;2:99-113.
5. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu, *STED Dergisi*, Şubat 2001, [Internet] <https://www.ttb.org.tr/sted/sted0201/1.html> Erişim: 12.5.2021.
6. Sandström A, Rhodin NR, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired Cognitive Performance in Patients with Chronic Burnout Syndrome. *Biological Psychology* 2005;69:271-279.
7. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006 Mar;43(3):311-8.
8. Özgüven HD, Haran S. Tükenme. *Kriz ve Müdahale Kitabında* (Ed. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R. Ve ark. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara, 2000: 199-214.
9. Serinken M, Ergör A, Çımrın AH, Ersoy G. İzmir'deki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos 2003, 18 (4): 293-299.
10. Buldukoğlu K, Doğan S. Stres ve Hemşirelik. Sağlık Bakanlığı Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ankara, 1995.
11. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of Factors Influencing Burnout Levels in the Professional and Private Lives of Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 2003 (40): 806-827.
12. Çam O. The Burnout in Nursing Academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies* 38 (2001): 201-207.
13. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, Bayraktar R, Dağ İ, (Ed). *VVII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1992, pp 143-154.
14. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu Ve Etkileyen Faktörler. *TTB Yayınları*, 2005, Ankara. [Internet] <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tukenmislik.pdf>
15. Sağlık İstatistik Yıllığı, (2019) [Internet] <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0> pp 211, 219.
16. Amanullah S, Ramesh Shankar R. The Impact of COVID-19 on physician burnout globally: a review. *Healthcare (Basel)* 2020 Oct 22;8(4):421.
17. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How essential is to focus on physician's health and burnout in Coronavirus (COVID-19) pandemic? *Cureus* 2020 Apr 4;12(4):e7538.
18. Kannampallil TG, Goss CW, Evanoff BA, Strickland JR, McAlister RP, Duncan J. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PLoS One* 2020 Aug 6;15(8):e0237301.
19. Özel Sağlık Sektöründe Çalışma ve Ücretlendirme Biçimleri. *TTB Özel Hekimlik Kolu. Birinci Baskı*, Mayıs 2018, p 3. [Internet] https://www.ttb.org.tr/kutuphane/calisma_bicimleri.pdf Erişim: 12.5.2021.
20. Hekimler Talep Ediyor, Çalışma koşullarının iyileştirilmesi [Internet] https://www.ttb.org.tr/images/stories/haberler/file/calisma_kosullari.pdf Erişim: 12.5.2021.

21. Taub S, Morin K, Goldrich MS, Ray P, Benjamin R; Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Physician health and wellness. *Occup Med (Lond)* 2006 Mar;56(2):77-82.
22. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
23. Unal S, Tanriover MD, Ascioğlu S, Demirkazık A, Ertenli I, Eskioglu E, Guler K, Kiraz S, Ozbakkaloglu M, Ozer B, Tukek T, Akyar S, Erdem Y. Turkish doctors' cohort: healthy despite low screening. *Postgrad Med* 2017 Apr;129(3):393-398.
24. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns* 2009 Jan;74(1):118-23.
25. Edwards R, Tu D, Stanley J, Martin G, Gifford H, Newcombe R. Smoking prevalence among doctors and nurses-2013 New Zealand census data. *N Z Med J* 2018 Mar 9;131(1471):48-57.
26. Nilan K, McKeever TM, McNeill A, Raw M, Murray RL. Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019 Jul 25;14(7):e0220168.
27. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014 Feb 17;9:23556.
28. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018 Jun;283(6):516-529.
29. Buran F, Altın Z. Burnout among physicians working in a pandemic hospital during the COVID-19 pandemic. *Leg Med (Tokyo)* 2021;51:101881.
30. Hacer TY, Ali A. Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *J Forensic Leg Med* 2020;69:101874.
31. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* 2021;33(4):883-894.