



T.C

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN  
ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DR. ŞERİFE NUR PAMPU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA-2025



T.C  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN  
ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DR. ŞERİFE NUR PAMPU  
TIPTA UZMANLIK TEZİ  
KONYA-2025

Danışmanlar

DOÇ. DR. NUR DEMİRBAŞ  
PROF. DR. NAZAN KARAOĞLU

KONYA-2025

## TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, araştırmamın her aşamasında desteğini ve rehberliğini hissettiğim, mesleki duruşu, insani yaklaşımı ve bilimsel bakışıyla örnek aldığım tez danışmanlarım Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu ve Doç. Dr. Nur Demirbaş'a en içten teşekkürlerimi sunarım.*

*Eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra Yaka ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a da katkılarından dolayı teşekkür ederim.*

*Asistanlık sürecim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma; anlayışları, dayanışmaları ve destekleriyle bu süreci verimli ve keyifli hale getiren bölüm çalışanlarımıza, özverili emekleriyle her zaman yanımızda olan klinik sekreterimiz Birsen Hanıma ve hemşiremiz Nurcan Hanıma içten teşekkür ederim.*

*Hayatım boyunca yanımda olan, beni sevgiyle yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan kıymetli dedem Dursun Pampu ve babaannem Şerife Pampu'ya en derin şükranlarımı sunarım. Her koşulda desteğini ve güvenini hissettiğim kardeşim Veysel Sadık Pampu'ya içtenlikle teşekkür ederim.*

*Ayrıca, yaşamı boyunca bana iyi bir insan olmayı öğütleyen, her zaman inancını ve desteğini hissettiren, başarmam için her türlü motivasyonu sağlayan ve tıp fakültesinde okumamı en çok isteyen ancak bu süreci göremeden aramızdan ayrılan rahmetli babacım Sezai Pampu'yu sevgi, özlem ve minnetle anıyorum. Bana kazandırdığı değerler, sabır ve azim duygusu yaşamım boyunca en güçlü rehberim olmuştur.*

*Bu süreçte manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim, sabır ve sevgisiyle beni daima motive eden tüm aile fertlerime, arkadaşlarıma minnettarlığımı sunarım.*

*Şerife Nur PAMPU*

*Konya, 2025*

## ÖZET

# AİLE HEKİMLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

DR. ŞERİFE NUR PAMPU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA-2025

**Amaç:** Aile hekimleri ve aile hekimliği araştırma görevlilerinin çalışma yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, mesleki koşulların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi oluş üzerindeki etkilerini ortaya koymak açısından önem taşımaktadır. Bu hekimler farklı kurumlarda görev yaparken çeşitli mesleki yükler, idari sorumluluklar ve duygusal taleplerle karşılaşmaktadır. Bu çalışmanın amacı aile hekimleri ve aile hekimliği araştırma görevlilerinde çalışma yaşam kalitesini değerlendirmek ve bu kaliteyi etkileyen sosyodemografik, mesleki ve çevresel faktörleri incelemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, Konya ilinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği araştırma görevlileri oluşturdu. Veriler, 15 Ekim 2024 – 15 Mart 2025 tarihleri arasında Google Forms aracılığıyla online olarak toplandı. Veri toplama aracı olarak, katılımcıların çalışma yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) ve araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu kullanıldı. Elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. Anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 443 hekimin yaş ortalaması  $33,68\pm 7,59$  (24–58) yıl olup, katılımcıların %56,9'u (n=252) kadın ve %60,3'ü (n=267) evliydi. Hekimlerin %41,8'i (n=185) aile sağlığı merkezinde ve %36,6'sı (n=162) üniversite hastanesinde görev yapmaktaydı. Katılımcıların %18,7'si (n=83) sigara kullanmakta, %43,8'i (n=194) düzenli fiziksel aktivite yapmamakta ve %23,5'inde (n=104) kronik hastalık bulunmaktaydı. Hekimlerin %46'sında (n=204) depresyon riski vardı. ÇYKÖ toplam puan ortalaması  $68,11\pm 15,81$ , mesleki tatmin alt boyutu  $31,68\pm 10,12$ , tükenmişlik alt boyutu  $19,14\pm 7,80$ , eşduyum yorgunluğu alt boyutu ise  $17,29\pm 9,91$  puan olarak bulundu. Evli olanların ( $19,80\pm 6,98$ ) bekarlara ( $18,14\pm 8,83$ ) göre ve çocuğu olanların ( $20,03\pm 6,94$ )

olmayanlara (18,39±8,39) göre tükenmişlik düzeyi yüksekti (**sırasıyla p=0,037; p=0,025**). Geliri giderinden fazla olan katılımcıların tükenmişlik düzeyleri (16,94 ± 7,98), geliri giderinden az olanlara göre (21,87 ± 7,94) daha düşüktü. Geliri giderinden fazla olanlarda eşduyum yorgunluğu düzeyleri (15,94 ± 10,09), geliri giderinden az olanlara kıyasla (19,22 ± 10,53) daha düşük bulunmuştur. Buna karşın, mesleki tatmin düzeyleri geliri giderinden fazla olanlarda (33,83 ± 9,67) geliri giderinden az olanlara göre (29,75 ± 12,22) anlamlı düzeyde daha yüksektir (**sırasıyla p<0,001; p=0,043; p<0,001**). Kurum türleri arasında aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin tükenmişlik puanları (20,70±7,87), üniversitede çalışanlara (18,33±7,40) göre daha yüksek bulundu (**p=0,037**). Depresyon riski bulunan hekimlerde eşduyum yorgunluğu puanı (20,61±10,29), bulunmayanlardan (14,48±8,66) benzer şekilde depresyon riski bulunan hekimlerde tükenmişlik puanı (23,88±6,29), bulunmayanlardan (15,13±6,62) daha yüksekti. Buna karşılık mesleki tatmin puanı depresyon riski olanlarda (27,52±9,76) olmayanlardan (35,19±9,05) düşüktü (**p<0,001, p<0,001, p<0,001**). Kurumunda sosyal aktivitelerin düzenli yapıldığı hekimlerde tükenmişlik puanı (8,84±7,97) yapılmayanlardan (20,14±7,14) ve eşduyum yorgunluğu puanı yapılanlarda (9,71±10,11) yapılmayandan (17,89±9,26) daha düşük, mesleki tatmin puanı ise sosyal aktiviteler düzenli yapılanlarda (42,15±9,45) yapılmayanlardan (30,86±9,43) daha yüksekti (**sırasıyla p<0,001, p<0,001, p<0,001**). Fiziksel aktivite düzenli yapanlarda mesleki tatmin puanı (35,59±10,60) yapmayanlardan (30,41±10,08) yüksek, tükenmişlik puanı düzenli yapanlarda (16,04±8,98) yapmayanlardan (20,35±7,25) düşük bulundu (**sırasıyla p=0,004, p<0,001**). Yaş (**r=0,133; p=0,005**), hizmet yılı (**r=0,119; p=0,012**), uzmanlık eğitimi süresi (**r=0,132; p=0,024**) ve bir günde bakılan hasta sayısı arttıkça tükenmişlik düzeyinin de arttığı görüldü (**r=0,173; p<0,001**).

**Sonuç:** Aile hekimlerinin çalışma yaşam kalitesi ekonomik durum, meslek-kişilik uyumu ve çalışma ortamından etkilenmektedir. Gelir durumu iyi olan ve mesleğini kişiliğine uygun bulan hekimlerde mesleki tatmin yüksek, tükenmişlik düşük bulunmuştur. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin diğer kurumlara göre daha yüksek olması, birinci basamak çalışma koşullarının gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çalışma yaşam kalitesi, Aile hekimliği, Tükenmişlik, Eşduyum yorgunluğu, Mesleki tatmin

## ABSTRACT

### FAMILY PHYSICIANS AND FAMILY MEDICINE RESEARCH ASSISTANTS' QUALITY OF WORK LIFE AND INFLUENCING FACTORS

**Aim:** Assessing the quality of working life among family doctors and family medicine research assistants is important in terms of revealing the effects of professional conditions on physical, mental and social well-being. These doctors encounter various professional burdens, administrative responsibilities and emotional demands while working in different institutions. The aim of this study is to evaluate the quality of working life among family physicians and family medicine research assistants and to examine the sociodemographic, professional, and environmental factors that affect this quality.

**Materials and Methods:** Planned as a descriptive study, the population of this research consisted of family physicians and family medicine research assistants working in the province of Konya. Data were collected online via Google Forms between 15 October 2024 and 15 March 2025. The Quality of Life Scale for Employees (ProQOL) and a sociodemographic information form created by the researchers were used as data collection tools to assess participants' work life quality. The data obtained were analysed using the Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 20.0 programme. The significance level was set at  $p < 0.05$ .

**Results:** The mean age of the 443 physicians included in the study was  $33.68 \pm 7.59$  (24–58) years, 56.9% (n=252) of the participants were female, and 60.3% (n=267) were married. Forty-one point eight per cent (n=185) of physicians worked in family health centres and thirty-six point six per cent (n=162) worked in university hospitals. Of the participants, 18.7% (n=83) smoked, 43.8% (n=194) did not engage in regular physical activity, and 23.5% (n=104) had a chronic disease. Forty-six per cent of physicians (n=204) were at risk of depression. The mean total score for the CYKÖ was  $68.11 \pm 15.81$ , the professional satisfaction subscale was  $31.68 \pm 10.12$ , the burnout subscale was  $19.14 \pm 7.80$ , and the empathy fatigue subscale was  $17.29 \pm 9.91$  points. Married individuals ( $19.80 \pm 6.98$ ) had higher burnout levels than single individuals ( $18.14 \pm 8.83$ ), and those with children ( $20.03 \pm 6.94$ ) had higher burnout levels than those without children ( $18.39 \pm 8.39$ ) ( $p = 0.037$  and  $p = 0.025$ , respectively). Participants whose income exceeded their expenses ( $16.94 \pm 7.98$ ) had lower burnout levels than those whose income was less than their expenses ( $21.87 \pm 7.94$ ). Empathy fatigue levels were lower among

those with income exceeding expenditure ( $15.94 \pm 10.09$ ) compared to those with income less than expenditure ( $19.22 \pm 10.53$ ). In contrast, job satisfaction levels were significantly higher among those with income exceeding expenditure ( $33.83 \pm 9.67$ ) compared to those with income below expenditure ( $29.75 \pm 12.22$ ) ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.043$ ,  $p < 0.001$ , respectively). Among institution types, physicians working in family health centres had higher burnout scores ( $20.70 \pm 7.87$ ) than those working in universities ( $18.33 \pm 7.40$ ) ( $p = 0.037$ ). Among physicians at risk of depression, the empathy fatigue score ( $20.61 \pm 10.29$ ) was higher than among those not at risk ( $14.48 \pm 8.66$ ), similarly, the burnout score among physicians at risk of depression ( $23.88 \pm 6.29$ ) was higher than among those not at risk ( $15.13 \pm 6.62$ ). In contrast, the professional satisfaction score was lower in those at risk of depression ( $27.52 \pm 9.76$ ) than in those without ( $35.19 \pm 9.05$ ) ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). Among physicians whose institutions regularly organised social activities, the burnout score ( $8.84 \pm 7.97$ ) was lower than among those whose institutions did not ( $20.14 \pm 7.14$ ), and the empathy fatigue score was lower among those whose institutions organised social activities ( $9.71 \pm 10.11$ ) than among those whose institutions did not ( $17.89 \pm 9.26$ ). while the professional satisfaction score was higher among those who regularly organised social activities ( $42.15 \pm 9.45$ ) than among those who did not ( $30.86 \pm 9.43$ ) ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ , respectively). The professional satisfaction score was higher among those who regularly engaged in physical activity ( $35.59 \pm 10.60$ ) was higher than those who did not ( $30.41 \pm 10.08$ ), and burnout scores were lower in those who exercised regularly ( $16.04 \pm 8.98$ ) than those who did not ( $20.35 \pm 7.25$ ) ( $p = 0.004$ ,  $p < 0.001$ , respectively). Age ( $r = 0.133$ ;  $p = 0.005$ ), years of service ( $r = 0.119$ ;  $p = 0.012$ ), duration of specialist training ( $r = 0.132$ ;  $p = 0.024$ ), and the number of patients seen per day were positively correlated with burnout levels ( $r = 0.173$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The quality of working life of family physicians is affected by economic status, job-person fit, and working environment. Physicians with a good income and who find their profession suitable for their personality had high job satisfaction and low burnout. The higher burnout levels of physicians working in family health centres compared to other institutions indicate that primary care working conditions need to be reviewed.

**Keywords:** Quality of working life, Family medicine, Burnout, Empathetic fatigue, Job satisfaction

# İÇİNDEKİLER TABLOSU

TEŞEKKÜR.....	ii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ .....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı .....	3
2.2 Çalışma Yaşam Kalitesi.....	4
2.2.1 Çalışma Yaşam Kalitesinin Boyutları.....	6
a. Mesleki Tatmin (İş Doyumu).....	6
b. Tükenmişlik .....	9
c. Eş Duyum Yorgunluğu (Şefkat Yorgunluğu, Merhamet Yorgunluğu) .....	12
3. GEREÇ YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırma Şekli.....	16
3.2. Araştırma Evreni.....	16
3.3.Araştırmanın Örneklemi .....	16
3.4. Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	16
3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri .....	16
3.6. Etik Kurul Onayı.....	16
3.7. Veri Toplama Araçları.....	17
3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	17
3.7.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği: .....	17
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	18
4.BULGULAR .....	19
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	19
4.2. Katılımcıların Çalışma Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi .....	23

<b>4.3. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ile Depresyon Riski Durumu, Mesleki Uyum, Yaşam Kalitesi, Yaşam Memnuniyetinin Karşılaştırılması.....</b>	<b>28</b>
<b>4.5. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Kurum İçinde Sosyal Aktivite ve Toplantı Yapılması, Katılımcıların Bunlara Katılma Durumları ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>30</b>
<b>4.6.Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Mevcut Kurumdan Ayrılma ve Mesleği Bırakma Düşüncesine Göre Karşılaştırılması .....</b>	<b>31</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>33</b>
<b>6. SONUÇ.....</b>	<b>43</b>
<b>7.ÖNERİLER.....</b>	<b>45</b>
<b>8.KAYNAKLAR .....</b>	<b>47</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>53</b>
<b>EK-1. Etik Kurul Onay Formu.....</b>	<b>53</b>
<b>EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu .....</b>	<b>54</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1. Sekiz Boyutlu Yaşam Kalitesi Modeli .....</b>	<b>4</b>
<b>Şekil 2. Maslach Tükenmişlik Modeli.....</b>	<b>10</b>
<b>Şekil 3. Eş Duyum Yorgunluğu (Merhamet Yorgunluğu) Modeli.....</b>	<b>13</b>
<b>Şekil 4. Katılımcıların Kronik Hastalıkları .....</b>	<b>20</b>

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....</b>	<b>19</b>
<b>Tablo 2. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı .....</b>	<b>20</b>
<b>Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Ortamına Ait Özellikler .....</b>	<b>21</b>
<b>Tablo 4. Katılımcıların Hizmet Yılı, Bakılan Hasta Sayısı, Nöbet Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı .....</b>	<b>21</b>
<b>Tablo 5. Katılımcıların Kurumsal Sosyal Faaliyetler ve Mesleki Geleceklerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı .....</b>	<b>22</b>
<b>Tablo 6. Katılımcıların Depresyon Riski .....</b>	<b>23</b>
<b>Tablo 7. Katılımcıların Mesleki Uyum, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyetine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı .....</b>	<b>23</b>
<b>Tablo 8. Ölçeğin ve alt boyutlarının Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri .....</b>	<b>24</b>
<b>Tablo 9. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo 10. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Çalışma Ortamını Değerlendirilen Bilgilere Göre Karşılaştırılması.....</b>	<b>27</b>
<b>Tablo 11. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Depresyon Riski Durumu, Mesleki Uyum, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyetlerine Göre Karşılaştırılması.....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 12. Katılımcıların Demografik ve Mesleki Özellikleri ile Eşduyum Yorgunluğu, Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyonlar .....</b>	<b>30</b>
<b>Tablo 13. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Kurum İçinde Sosyal Aktivite ve Toplantı Yapılması ve Katılımcıların Bunlara Katılma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 14. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Mevcut Kurumdan Ayrılma ve Mesleği Bırakma Düşüncesi ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>32</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**ÇYKÖ:** Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

**DASS-21:** Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği

**WHOQOL:** Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlerin çalışma yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, mesleki koşulların bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâlleri üzerindeki etkilerini anlamak açısından önemli bir göstergedir. Çalışma yaşam kalitesinin incelenmesi, hekimlerin iş ortamında karşılaştıkları stres kaynaklarını, mesleki doyum düzeylerini ve genel yaşam memnuniyetlerini ortaya koyarak hem bireysel refahın hem de sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından olan aile hekimleri, yoğun iş yükü, uzun çalışma saatleri, hasta beklentileri ve idari sorumluluklar nedeniyle fiziksel ve ruhsal açıdan zorlanabilmektedir. Bu durum, onların hem mesleki tatmin düzeylerini hem de genel yaşam kalitelerini doğrudan etkileyebilmektedir (1).

Sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların en aza indirilebilmesi, çalışanların yaşam ve çalışma koşullarına ilişkin sorunların iyileştirilmesine bağlıdır. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik araştırmaların yapılmasının gerekliliği ortaya çıkmış ve son yıllarda bu konu giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (2). Hekimlerin yaşamlarının önemli bir bölümünü mesleki ortamda ve iş arkadaşları ile etkileşim halinde geçirmeleri, çalışma ortamına ilişkin doyum düzeyinin kritik bir rol üstlenmesine neden olmaktadır. Hekimlerde ortaya çıkan sağlık sorunları, mesleki ve bireysel boyutlarının ötesinde, toplumun genel sağlık düzeyi üzerinde de belirleyici bir rol oynamaktadır. Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimleri, mesleki yetkinlik ve beceri kazanımı açısından kritik bir aşamadır. Asistanlık süresince bilgi edinme ve beceri geliştirme çabaları, çalışma koşullarının yarattığı olumsuzluklar nedeniyle zarar görebilmekte ve bu durum akademik performans ile öğrenme süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (3).

Hekimler, çalışma ortamlarında karşılaştıkları fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal ve ergonomik risk faktörleri nedeniyle mesleki açıdan daha hassas ve korunmasız bir grup olarak değerlendirilmektedir (4). Hekimlerin, hastalara güvenli, etkili ve nitelikli sağlık hizmeti sunabilmeleri, yalnızca mesleki bilgi ve becerilerine değil, aynı zamanda kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumalarına da bağlıdır (5). Günümüzde hekimler, uzun çalışma saatleri, yoğun hasta yükü ve duygusal olarak zorlayıcı hasta bakım süreçleri gibi çeşitli stres faktörleri

ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, yalnızca mesleki performanslarını olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda yaşam kalitelerini de önemli ölçüde düşürebilmektedir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının deneyimlediği stres kaynaklarını anlamak, hem bireysel hem de kurumsal düzeyde etkili müdahalelerin geliştirilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (6).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin çalışma yaşam kalitesi, verdikleri hizmetin doğrudan insan sağlığıyla ilişkili olması nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Bu alanda yapılan en küçük bir hata ya da dikkatsizlik, bireylerin sağlık durumunda telafisi güç sonuçlara yol açabileceğinden, aile hekimlerinin çalışma yaşam kalitesinin yüksek düzeyde olması hem hasta güvenliği hem de hizmetin niteliği açısından kritik bir gerekliliktir. Aile hekimleri ve diğer hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin araştırılması, yalnızca bu meslek grubunun mesleki ve kişisel yaşam kalitesinin korunması açısından değil, aynı zamanda toplumun güvenli, sürekli ve nitelikli sağlık hizmetine erişiminin sürdürülebilirliği bakımından da büyük bir önem arz etmektedir (7).

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği araştırma görevlilerinin çalışma yaşam kalitesini değerlendirmektir. Mesleki yük, çalışma koşulları ve psikososyal etkenlerin hekimlerin bireysel iyilik hâli ve mesleki tatmini üzerindeki etkilerini ortaya koymak, elde edilen bulgularla hem çalışan sağlığının korunmasına hem de sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılmasına katkı sağlamak hedeflenmektedir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel sağlık durumu, ruhsal iyilik hâli, sosyal etkileşimleri ve çevresel koşullarının etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir yapıyı ifade etmektedir (8). Bu çok boyutluluk, bireyin yaşamını yalnızca sağlık göstergeleriyle değil, aynı zamanda psikolojik uyum, sosyal rollerini yerine getirebilme kapasitesi ve çevresel kaynaklardan yararlanma düzeyiyle bütüncül olarak değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve değerler sistemi çerçevesinde, kendi hedefleri, beklentileri, ölçütleri ve öncelikleri doğrultusunda yaşamını nasıl değerlendirdiğini ifade etmektedir (9). DSÖ Yaşam Kalitesi Grubu'na göre yaşam kalitesi, bireyin kendi kültürel değerleri, yaşam koşulları ve kişisel beklentileri doğrultusunda yaşamındaki konumunu algılayış biçimidir (10).

Yaşam kalitesinin belirlenmesinde insan davranışları temel alınarak, bireylerin genellikle daha yüksek bir yaşam kalitesi düzeyine ulaşma amacıyla davranışlarını şekillendirdikleri öne sürülmektedirler (11). Araştırmacılara göre, yaşam kalitesinin doğru biçimde değerlendirilmesi, yaşamın tüm boyutlarının ve bu boyutlar arasındaki etkileşimlerin bütüncül bir şekilde ele alınmasını gerektirmektedir. Bu doğrultuda bireyin gelir düzeyi, yaşam koşulları, güvenlik algısı, stres seviyesi, boş zaman etkinliklerine katılımı, aile ve sosyal ilişkileri ile genel memnuniyet düzeyi gibi çeşitli değişkenlerin hem bağımsız olarak hem de karşılıklı etkileşim içinde yaşam kalitesini belirlediği ifade edilmektedir (12). Bu unsurların etkileşimini açıklayan sekiz boyutlu yaşam kalitesi modeli Şekil 1'de sunulmuştur.



Günümüzde çalışma yaşam kalitesi, çalışanların fiziki ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak çalışma yaşamını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen tüm faktörleri birlikte göz önünde bulunduran çalışma ortamı-çalışan uyumunu sağlayan ve çalışmanı güçlendiren bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışma yaşamı kalitesi, bireyin iş ortamındaki fiziksel koşullardan elde ettiği gelire, ücret adaletinden sosyal ilişkilerinin niteliğine kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamakta ve temelde çalışma yaşamını daha insancıl hale getirmeyi hedeflemektedir. Bu yaklaşım doğrultusunda, sektörü ya da örgüt yapısı ne olursa olsun, insan unsuru örgütlerin en değerli ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğü yaratan kaynağı olarak görülmeye başlanmıştır (15).

Çalışma yaşam kalitesini etkileyen unsurlar çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu unsurlar genel olarak bireysel, kurumsal ve çevresel faktörler olmak üzere üç temel başlık altında incelenebilir (16).

**Kişisel faktörler;** çalışanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, yaşam alışkanlıkları ve kişilik özellikleri gibi bireysel niteliklerden oluşmaktadır.

**Kurumsal faktörler;** yönetim anlayışı, kurum kültürü, ücretlendirme sistemi, kariyer olanakları, çalışanların karar alma süreçlerine katılım düzeyi ve yöneticilerin adaletli tutumları gibi örgüt içi unsurları kapsamaktadır.

**Çevresel faktörler** ise ekonomik koşullar, işgücü piyasasının yapısı, yasal düzenlemeler, toplumsal değerler, sendikal faaliyetler ve teknolojik gelişmeler gibi kurum dışı değişkenleri içermektedir (16, 17).

Saraji ve Dargahi'ye göre çalışma yaşamı kalitesi; adil ücret ve özerklik, iş güvencesi, iş sağlığı ve güvenliği koşulları, ödüllendirme sistemleri, çalışma çabalarının takdir edilmesi, eğitim ve kariyer gelişimi olanakları, karar süreçlerine katılım, işin niteliği ve doyuruculuğu, yönetime duyulan güven, iş-aile dengesi, stres düzeyi, iş yükü ve mesleki güvenlik gibi birçok unsuru kapsamaktadır (18).

Çalışma yaşam kalitesi kavramı, özellikle farklı mesleki disiplinlerden profesyonellerin ortak hedefler doğrultusunda koordineli biçimde görev yaptığı sağlık kuruluşlarında, kurum içi uyumun ve etkin hizmet sunumunun sağlanması açısından daha da kritik bir önem taşımaktadır (19). Çalışma yaşamı kalitesi, hekimler açısından sağlık kurumlarının en kritik unsurlarından biridir. Hekimlik mesleği doğrudan insan yaşamını etkileyen, yüksek sorumluluk ve dikkat

gerektiren bir alandır. Bu nedenle, yapılan en küçük bir hata dahi geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Uzun çalışma saatleri, nöbet düzeni, yoğun iş yükü ve sürekli stres altında hizmet verme zorunluluğu, hekimlerin fiziksel ve psikolojik iyi oluşunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, hekimlerin mesleki verimliliklerini ve hasta güvenliğini sürdürebilmeleri için çalışma yaşam kalitesini destekleyen uygun iş koşullarının sağlanması büyük önem taşımaktadır (20). Çalışanların çalışma yaşam kalitesine yönelik algılarının incelenmesi, stresin yoğun olduğu hastane ortamlarında verimliliği artıracak ve çalışan memnuniyetini güçlendirecek uygulamaların geliştirilmesi açısından önemli bir gerekliliktir (21).

Sağlık hizmetleri; yoğunlukla, sınırlı zaman diliminde yaşam ve ölüm arasındaki kritik kararların alınmasını gerektiren, yoğun iş yükü altında ve sınırlı personelle yürütülen bir süreçtir. Bu tür ortamlarda dinlenme olanaklarının kısıtlı olması, azalan kaynaklar ve artan sorumluluklar nedeniyle çalışanlar üzerinde önemli düzeyde stres ve baskı oluşmaktadır. Sürekli stres altında çalışmak, sağlık çalışanlarında çaresizlik, yetersizlik, öfke ve tükenmişlik duygularının gelişmesine yol açarak profesyonel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (22, 23).

Aile hekimliği, bireylerin ilk başvuru noktası olması nedeniyle yoğun iletişim, empati ve sürekli hizmet gerektiren bir alandır. Bu nedenle, çalışma yaşam kalitesi yüksek olan aile hekimleri, hem mesleki motivasyonlarını hem de hasta memnuniyetini artırarak toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesine önemli katkı sağlamaktadır (17).

## **2.2.1 Çalışma Yaşam Kalitesinin Boyutları**

### **a. Mesleki Tatmin (İş Doyumu)**

“Mesleki tatmin”, diğer bir ifadeyle “iş doyumu” kavramı, 20. yüzyılın ilk dönemlerinde ortaya çıkmış ve 1930’lu yıllardan itibaren önem kazanmaya başlamıştır. Bu kavramın öneminin artmasında, bireyin genel yaşam doyumu ile yakın ilişki içinde olması ve ruhsal ile bedensel sağlığı doğrudan etkilemesi belirleyici olmuştur (24).

Literatürde ‘mesleki tatmin’ ve ‘iş doyum’ kavramı genelde birbirleri yerine kullanılsa da mesleki tatmin daha geniş bir kavramdır; yalnızca yapılan işe değil, kişinin mesleğini icra etme biçiminden, mesleğin toplumsal değerinden ve kendi mesleki gelişiminden duyduğu memnuniyeti de içerir. Bu nedenle iş doyumu, çoğu zaman mesleki tatminin bir bileşeni olarak

kabul edilir. “Hoppock’un 1935 yılında yayımladığı ‘*Job Satisfaction*’ adlı çalışmasıyla birlikte, iş doyumunu kavramı bilimsel olarak ele alınmaya başlanmış ve bu alanda pek çok araştırmaya öncülük etmiştir. Hoppock, iş doyumunu bireyin ‘işinden memnuniyet duymasını sağlayan ruhsal, fizyolojik ve çevresel unsurların farklı biçimlerde bir araya gelmesi’ olarak tanımlamaktadır (25). Locke, iş doyumunu bireyin işten elde ettiği sonuçlarla bu sonuçlara yönelik beklentileri arasındaki uyum derecesiyle ilişkilendirmektedir. Buna göre, çalışan hedeflerine ulaştığında ya da beklediği başarı düzeyine eriştiğinde tatmin duygusu yaşarken, beklentilerinin karşılanmaması durumunda doyumсуuzluk ortaya çıkmaktadır (26).

Mesleki tatmin, birey için yalnızca bir psikolojik ihtiyaç değil, aynı zamanda sosyal bir sorumluluk ve etik bir gerekliliktir. Çalışmak, insan yaşamının vazgeçilmez bir parçası olup birey gününün büyük bir bölümünü iş ortamında geçirmektedir. Bu nedenle yöneticiler, çalışanların kendilerini değerli hissedebileceği, motive olabileceği ve huzurlu bir şekilde çalışabileceği bir iş ortamı oluşturmakla yükümlüdür. Nasıl ki sağlık, bireyin fiziksel durumunu yansıtan temel bir göstergese; mesleki tatmin de çalışanın genel ruh hali, motivasyonu ve yaşam doyumunu yansıtan önemli bir göstergedir. Mesleki tatmin düzeyi yüksek olan bireylerin iş performanslarının ve genel yaşam memnuniyetlerinin de daha yüksek olduğu görülmektedir (24).

Herzberg’in iki etmen kuramına göre mesleki tatmin, işin doğrudan içeriğine bağlı “**motivasyonel faktörler**” ve iş ortamına ilişkin “**hijyen faktörleri**” olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır (27).

Buna göre motive edici faktörler:

- Başarı
- Tanınma
- Takdir edilme
- Yapılan işin niteliği
- Yetki ve sorumluluk sahibi olma
- İlerleme ve yükselme olanağının olması.

Hijyen faktörleri:

- Denetim kalitesi
- Şirket kuralları ve politikası
- Ücret
- Çalışma koşulları

- İş güvenliği
- Kişisel yaşantı
- Statü
- Bireyler arası ilişkiler.

Sağlık alanında mesleki tatmin, bakım veren kişinin hizmet sunduğu bireyle empatik bir ilişki kurabilmesi ve bu süreçte elde ettiği olumlu sonuçlar sayesinde mesleki yeterlik ve içsel doyum hissi yaşaması olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşıma göre, bakım sağlayıcının hastasıyla kurduğu empatik etkileşim, onun mesleki tatminini güçlendiren temel bir unsur olarak görülmektedir (28). Herzberg'in kuramı bağlamında hekimlerde mesleki tatmini güçlendirmek; yalnızca hijyen koşullarının iyileştirilmesiyle değil, aynı zamanda anlamlı bir mesleki kimlik ve hasta merkezli başarı duygusunun desteklenmesiyle mümkündür (27).

Yoğun emeğin ve insan ilişkilerinin ön planda yer aldığı hekimlik mesleğinde, mesleki tatminin sağlanması büyük önem taşımaktadır (29). Mesleki iyi oluş düzeyi yüksek olan hekimlerin, genel olarak daha nitelikli hasta bakımı sundukları gözlemlenmektedir (30). Ayrıca, mesleki tatmini yüksek olan hekimlerin hastalarının önerilen ilaç, egzersiz ve diyet planlarına, düşük tatmin düzeyine sahip hekimlerin hastalarına kıyasla daha fazla uyum sağladıkları görülmüştür (30). Duygusal tükenmişliğin artmasıyla hem içsel hem dışsal tatminin anlamlı biçimde azaldığı, buna karşılık gelir düzeyi ve ekonomik refahın arttıkça mesleki tatminin yükseldiği saptanmıştır (23, 31). Bu durum, mesleki tatminin yalnızca bireysel özelliklerle değil, iş yükü, çalışma ortamı ve kurum içi destek sistemleriyle de doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması (2010) bulgularına göre, sağlık çalışanlarının iş doyumları düzeylerinin, 1–6 puan aralığında değerlendirilen ve 1'in en yüksek, 6'nın ise en düşük doyum düzeyini ifade ettiği ölçek üzerinde ortalamasının üzerinde (2,7/6) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sağlık personelinin görevlerinden belirli ölçüde memnuniyet duyduğunu, ancak daha yüksek düzeyde tatmin için çalışma koşullarının ve mesleki destek unsurlarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (32).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlık sistemi bütünlüğü ve toplum sağlığının korunmasındaki merkezi rolü dikkate alındığında, aile hekimlerinde mesleki tatmin, insana yardım etme ve sürekli hasta-hekim ilişkisi kurabilme gibi içsel unsurlardan olumlu, kurumsal

ve idari faktörlerden ise olumsuz etkilenmektedir. Bu durum, mesleki tatmini artırmanın bireysel motivasyonun yanı sıra kurumsal yapı ve yönetim desteğinin güçlendirilmesiyle de ilişkili olduğunu göstermektedir (33).

## **b. Tükenmişlik**

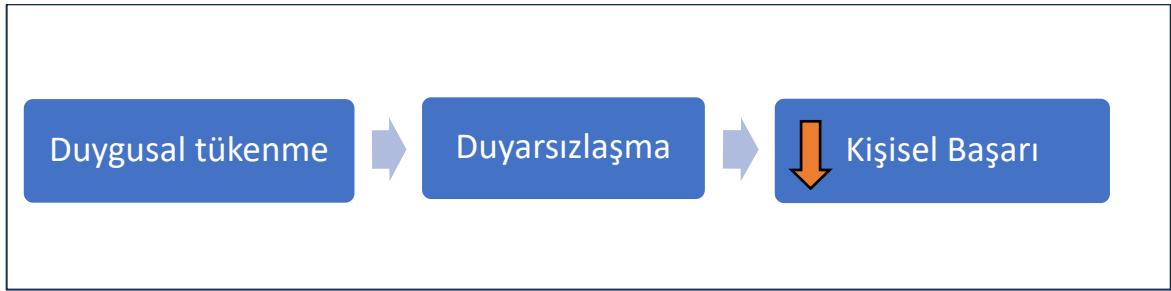
Tükenmişlik kavramı, ilk kez psikiyatrist Herbert J. Freudenberger tarafından literatüre kazandırılmıştır. Freudenberger, tükenmişliği bireyin yoğun stres, aşırı iş yükü veya karşılanmayan beklentiler sonucunda ortaya çıkan enerji kaybı, yorgunluk ve duygusal kaynakların tükenmesi olarak tanımlamaktadır. Bu durum, bireyin mesleki yaşamında hem fiziksel hem de duygusal açıdan güçsüzleşmesine ve motivasyonunun azalmasına yol açan bir sendrom olarak kabul edilmektedir (34).

İngilizce “burnout” kavramı, “burn” (yanmak) ve “out” (sönme) sözcüklerinin birleşiminden oluşmaktadır. Sözcük kökeni itibarıyla, enerjisini tüketen bir ateşin artık yanmaya devam edememesi veya ışığını yitirmesi durumunu ifade eder. Zaman içerisinde çalışan bireyler, iş yaşamında karşılaştıkları yoğun stres, aşırı iş yükü ve duygusal talepler gibi olumsuz koşullar nedeniyle performanslarını ve çalışma kapasitelerini kaybedebilmektedir. Bu durum, başlangıçta yüksek motivasyon ve enerjiyle sürdürülen mesleki çabanın giderek azalmasına yol açar. Söz konusu süreç, metaforik olarak ‘yanan ateşin sönmesi’ne benzetilmekte ve literatürde çalışan tükenmişliği kavramı ile ifade edilmektedir (35). Bu bağlamda tükenmişlik, bireyin içsel kaynaklarının azalması sonucunda başlangıçta sahip olduğu enerji ve motivasyonu sürdürememesi, dolayısıyla çevresine olan etkisinin ve üretkenliğinin azalması olarak tanımlanabilir.

Tükenmişlik, genellikle çalışanın beklentileri ile çalışma koşulları arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan bir durumdur. Özellikle genç çalışanların meslek yaşamına yüksek ideallerle başlaması, zamanla bürokratik engeller, iş yükü ve kurumsal sorunlarla karşılaşmaları sonucu hayal kırıklığına dönüşebilmektedir. Ayrıca örgütte personel, donanım veya kaynak yetersizliği ile kurumun değer ve hedefleriyle uyum kuramama durumu da tükenmişliğin ortaya çıkmasında önemli bir etkidir (35). Görülme sıklığı; incelenen meslek grubu, hedeflenen popülasyon ve kullanılan ölçüm aracına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Ancak literatürde, çalışanlar arasında tükenmişlik prevalansının genellikle %10 ile %50 aralığında seyrettiği bildirilmektedir (36).

Tükenmişlik alanındaki öncü araştırmacılardan biri olan Christina Maslach (2001), tükenmişliği iş ortamında uzun süreli stresörlere maruz kalmanın sonucu olarak gelişen psikolojik bir sendrom biçiminde tanımlamaktadır. Maslach'ın geliştirdiği modele göre tükenmişlik, bireyin iş yaşamında karşılaştığı kronik stres faktörlerine verdiği tepkilerin bir yansıması olup, üç temel boyutta ele alınmaktadır: duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalmadır (37).

Bu dönemde kişi, kendini fiziksel ve ruhsal açıdan yorgun, isteksiz ve motivasyonsuz hisseder. Zamanla bu durum, bireyin çevresine karşı mesafe koymasına ve empatik kapasitesinin azalmasına neden olur; bu da duyarsızlaşma olarak adlandırılır. Son aşamada ise kişi, mesleki yeterliliğine olan güvenini kaybeder ve yaptığı işte başarısız olduğu düşüncesine kapılır. Böylece tükenmişlik, bireyin işine ve hizmet sunduğu kişilere yönelik tutumlarında belirgin olumsuzluklar yaratan çok boyutlu bir süreç hâline gelir (38-40) (Şekil 2).



## Şekil 2. Maslach Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik, bireyin çalışma yaşamına özgü olarak gelişen bir deneyimdir ve iş ortamında maruz kalınan stresin kişisel düzeydeki yansımalarını ifade eder. Bu olgu hem bireyin kişisel özelliklerinden hem de içinde bulunduğu örgütsel koşullardan kaynaklanabilmektedir. Literatürde tükenmişliğin nedenleri genellikle iki temel boyutta ele alınmaktadır (37, 41).

Tükenmişliği etkileyen durumsal faktörler; iş özellikleri, meslek özellikleri ve örgütsel özellikler olmak üzere üç alt başlıkta incelenmektedir (37, 42):

- **İş Özellikleri:** Aşırı iş yükü, yüksek talepler, zaman baskısı, rol çatışmaları ve görev belirsizlikleri tükenmişliğe zemin hazırlayan temel unsurlardır. Yöneticilerin

yetersiz bilgilendirme yapması veya aşırı kontrolcü tutumları da çalışanların özerklik algısını azaltarak tükenmişliği artırmaktadır.

- **Meslek Özellikleri:** Özellikle insanlarla yoğun iletişim gerektiren, duygusal destek ve bakım sağlamayı içeren mesleklerde çalışanlar yüksek düzeyde duygusal stres yaşarlar. Hekimlik gibi sürekli empati, sabır ve dikkat gerektiren mesleklerde bu durum tükenmişlik riskini artırmaktadır.

- **Örgütsel Özellikler:** Kurumsal yapıdaki sosyal, kültürel ve ekonomik değişimler; çalışanların harcadığı emek, zaman ve beceriye karşın beklentilerinin karşılanmaması durumunda tükenmişliğe yol açmaktadır. Kurumsal destek eksikliği ve adaletsizlik algısı, bu süreci daha da pekiştirir.

Tükenmişlikte bireysel etkenler; demografik ve kişisel özellikler şeklinde iki ana grupta ele alınmaktadır:

- **Demografik Faktörler:** Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi özellikler tükenmişlik düzeyini etkileyen değişkenler arasındadır.

- **Kişisel Özellikler:** Bireyin kişilik yapısı, baş etme becerileri, işe yönelik tutumu ve gerçekçi olmayan beklentileri tükenmişlik riskini artırabilir. Özellikle mükemmeliyetçi eğilimlerin, yapılan işe yönelik yüksek standartlar, hata toleransının düşük olması ve sürekli olarak daha fazlasını başarma baskısı yaratması nedeniyle tükenmişliği beslediği bilinmektedir (43).

Hekimler, yoğun iş yükü, uzun ve düzensiz çalışma saatleri, nöbet uygulamaları, hastaların yaşamına ilişkin kritik kararlar alma sorumluluğu ve sürekli insan yaşamıyla temas hâlinde olma gibi faktörlere maruz kalmaktadır. Ayrıca, zaman zaman emeğin yeterince takdir edilmemesi, maddi ve manevi karşılığın yetersiz kalması gibi unsurlar, mesleki tatmini azaltarak tükenmişlik riskini artırmaktadır. Bu nedenle, hekimlik mesleğinde tükenmişlik sendromunun görülmesi, mesleğin yapısal ve duygusal gereklilikleri göz önünde bulundurulduğunda kaçınılmaz bir sonuç olarak değerlendirilmektedir (23, 44).

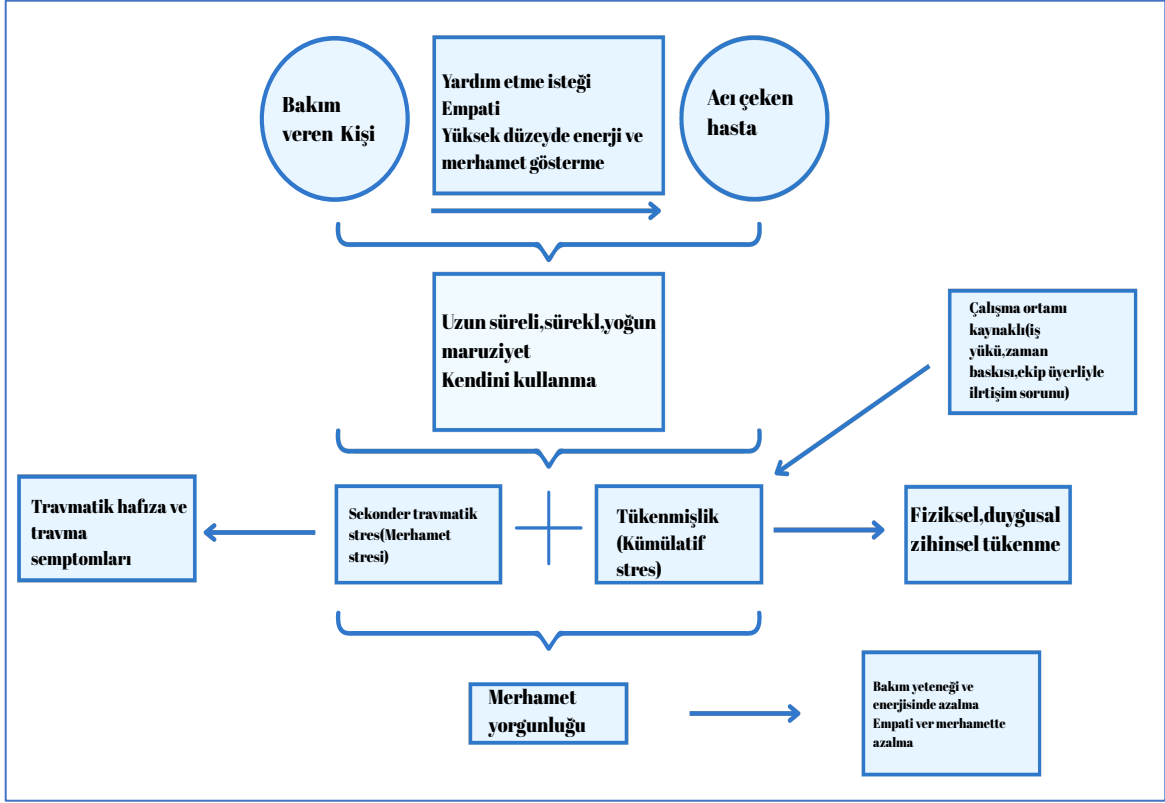
Yapılan bir araştırma hem asistan hekimler hem de görev yapan hekimler arasında tükenmişlik oranlarının %50'nin üzerinde olduğu bildirilmiştir (45). Bu durumun başlıca nedenleri arasında aşırı iş yükü, idari sorumluluklar, iş-ev çatışmaları ve özerklik eksikliği yer almaktadır. Konya'da pediatri asistanları üzerinde yapılan bir çalışmada da, hekimlerin belirgin düzeyde tükenmişlik yaşadıkları; özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek

olduğu, bu durumun ise anksiyete, depresyon ve yalnızlık gibi psikososyal faktörlerle güçlü biçimde ilişkili olduğu bildirilmiştir (23). Tükenmişlik; hasta güvenliği, tıbbi hata oranları ve hekim iş gücü üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (46). Özellikle birinci basamakta hizmet veren aile hekimleri, yoğun hasta yükü, sınırlı kaynaklar ve sürekli iletişim gerektiren çalışma koşulları nedeniyle tükenmişlik açısından daha yüksek risk altındadır.

### **c. Eşduyum Yorgunluğu (Şefkat Yorgunluğu, Merhamet Yorgunluğu)**

“Eşduyum yorgunluğu” terimi, sağlık profesyonellerinin mesleki duygusal zorlanmalarını açıklamak amacıyla ilk kez 1992’de Joinson tarafından hemşirelik literatüründe kullanılmıştır (47). Literatürde bu kavram farklı biçimlerde adlandırılmış olup, henüz terminolojik bir birlik sağlanamamıştır. ‘*Compassion*’ kelimesinin Türkçeye “merhamet” ya da “şefkat” olarak çevrilmesi nedeniyle literatürde “merhamet yorgunluğu” ve “şefkat yorgunluğu” ifadeleri de kullanılmaktadır. Ancak kavramın, acı çeken bireyin perspektifinden dünyayı anlamaya çalışırken ortaya çıkan duygusal yüklenmeyi ifade ettiği düşünöldüğünde, “eşduyum yorgunluğu” biçimindeki çevirinin daha anlamlı ve uygun olduğu görölmektedir (48, 49).

Eşduyum yorgunluğu, travma yaşamış ya da acı çeken bireylere bakım verme sürecinde yardım eden kişide gelişen doğal bir fiziksel, duygusal ve bilişsel tepkidir (50). Bu durum, sağlık çalışanlarının hastalarının yaşadığı acıya sürekli tanıklık etmesi, yoğun empatik etkileşimde bulunması ve hastaların duygusal yükünü içselleştirmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Figley (1995), kavramı “bakım vermenin duygusal bedeli” olarak tanımlamış ve damgalayıcı çağrışımlardan kaçınmak amacıyla “merhamet yorgunluğu” terimini özellikle tercih etmiştir. Eşduyum yorgunluğu ikincil travmatik stres ile eş anlamlı biçimde tanımlanmış olsa da travmaya doğrudan maruz kalmayan fakat dolaylı olarak etkilenen profesyonellerde görölen daha kapsamlı bir duygusal yıpranma hali olarak yeniden kavramsallaştırmıştır (Figley, 2002). Bu nedenle, çalışma koşulları gereği travma, acı veya yüksek stres içeren durumlarla sık karşılaşan meslek gruplarının özellikle sağlık çalışanları ve hekimler eşduyum yorgunluğu açısından risk altındadır (22) (Şekil 3).



Şekil 3. Eş Duyum Yorgunluğu (Merhamet Yorgunluğu) Modeli

Bireyde gözlenen fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal değişimler, genellikle eşduyum yorgunluğunun temel belirtileri arasında değerlendirilmektedir. Fiziksel olarak yorgunluk, uyku ve yeme bozuklukları, baş ağrısı ve kas gerginliği sık görülürken duygusal olarak isteksizlik, öfke, umutsuzluk ve huzursuzluk ön plana çıkar. Bilişsel belirtiler arasında dikkat dağınıklığı, unutkanlık ve manevi değerlerde değişim yer alırken davranışsal düzeyde öz bakımın azalması, sosyal geri çekilme ve madde kullanımında artış gözlenebilmektedir (48, 50, 51).

Yetersiz baş etme ve öz bakım becerileri, çözülmemiş geçmiş travmalar, yüksek iş stresi, düşük iş doyumu, manevi bağlılığın zayıflığı, sosyal destek eksikliği ve profesyonel dayanışmanın yetersizliği gibi faktörler, bireylerde eşduyum yorgunluğu gelişme riskini artırmaktadır (50-52).

Sağlık profesyonellerinin yaptıkları işe anlam yüklemeleri ve hastalarına sağladıkları faydanın bilincinde olmaları, mesleki doyumu artırarak eşduyum yorgunluğu gelişme riskini azaltmaktadır. Ayrıca öz farkındalık, manevi denge ve mizahın kullanımı da bu süreçte koruyucu rol oynamaktadır (48).

Travmatik olayların doğrudan etkisine ya da bu olaylara tanıklığa bağlı olarak gelişen hızlı duygusal tepkiler eşduyum yorgunluğu kavramı ile açıklanırken, tükenmişlik genellikle uzun süreli stresörler ve kurumsal faktörlerin etkisiyle kademeli biçimde ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır (53). Eşduyum yorgunluğu, tükenmişlik ile çalışanlarda aynı anda bulunabilir, ancak birbirinden farklı kavramlardır. Tükenmişlik, iş ortamına ve örgütsel stresörlere bağlı kademeli bir yıpranma sürecini ifade ederken; eşduyum yorgunluğu, yardım etme davranışının duygusal maliyetinden doğan ve empatik bağın yoğunluğuyla şekillenen bir tükenme biçimidir (51, 52).

Hekimlerde bu olgu, uzun süreli hasta temasına, yüksek sorumluluk düzeyine, zaman baskısına ve ölüm ya da travma gibi duygusal açıdan yıpratıcı deneyimlerle karşılaşmaya bağlı olarak daha belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır (54, 55). Yapılan çalışmalar, özellikle acil servis, yoğun bakım ve onkoloji gibi stres düzeyi yüksek kliniklerde çalışan hekimlerde eşduyum yorgunluğu ile tükenmişlik ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (56, 57). Literatürde, hekimlerin mesleki yaşamlarında karşılaştıkları

psikososyal zorluklar ve bu sorunlara yönelik koruyucu ya da destekleyici sosyal müdahalelerin yeterince araştırılmadığı görülmektedir. Hekimlerin, mesleklerinin doğası gereği güçlü ve kontrol sahibi bir imaj sergileme eğiliminde olmaları, çoğu zaman yaşadıkları duygusal yıpranmayı ifade etmelerini engelleyebilmektedir. Bunun yanında yoğun çalışma temposu, uzun nöbet saatleri ve ağır mesleki sorumluluklar, hekimlerin kendi ruhsal durumlarında meydana gelen olumsuzlukların farkına varmalarını güçleştirmektedir. Bu durum, zamanla hem mesleki verimlilikte azalmaya hem de ruhsal iyi oluşta bozulmaya neden olabilmektedir. Dolayısıyla, hekimlerde yaşanan bu duygusal yükü anlamaya, farkındalığı artırmaya ve baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik sosyal ve tıbbi çalışmaların artırılması, hem bireysel hem de kurumsal düzeyde önemli katkılar sağlayacaktır (58).

### **3. GEREÇ YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Şekli**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırma Evreni**

Araştırmanın evrenini Konya il ve ilçelerinde çalışan Aile hekimleri ve Konya ilinde aile hekimliği uzmanlığı eğitimi veren eğitim kurumlarında eğitim alan aile hekimliği araştırma görevlileri oluşturmuştur.

#### **3.3. Araştırmanın Örnekleme**

Çalışmaya %5 hata payı %95 güven aralığı ile en az 384 kişi dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Bu amaçla oluşturulan anket formu, Google Forms ile online ve araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Bu araştırma için hesaplanan örneklem büyüklüğüne yaklaşık altı ayda (2024 Ekim – 2025 Mart) ulaşıldı. Belirtilen sürede 443 katılımcı çalışmaya dahil oldu.

#### **3.4. Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- Aile hekimliği yapıyor olmak
- Aile hekimliği araştırma görevlisi olmak

#### **3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri**

- Ana dili Türkçe olmaması
- Türkçe okuyup anlayamamak
- Diğer illerden Konya'ya rotasyon olarak gelen aile hekimliği araştırma görevlisi olmak

#### **3.6. Etik Kurul Onayı**

Çalışma 19.07.2024 tarih ve 2024/5110 sayılı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen ve iki bölümden oluşan anket formu kullanıldı.

1-Sosyodemografik bilgi formu

2-Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Anket formları Google Forms üzerinden online olarak ve araştırmacı tarafından yüz yüze olarak katılımcılara uygulandı (Ek-1).

#### 3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri göz önüne alınarak hazırlandı. Kişisel ve iş yaşamı hakkında 28 soru içermekteydi. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, sigara kullanım durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, çalışılan kurum, ikamet yeri, mesleki statüsü, uzmanlık eğitimde kaçınıcı yılda olduğu, hekimlikte toplam hizmet yılı, nöbet tutup tutmadığı, ayda kaç saat nöbet tuttuğu, çalışılan kurumda sosyal aktivite yapılma durumu, sosyal aktivitelere katılma durumu, kurumda toplantı yapılma durumu, toplantılara katılma durumu, mevcut kurumdan ayrılma düşüncesi, hekimlik mesleğini bırakma düşüncesi, hekimlik mesleğini kişiliğine uygun bulma durumu, depresyon riski, yaşam kalitesini öz değerlendirmesi, yaşamdan memnuniyet düzeyi sorularını kapsamaktaydı.

#### 3.7.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Mesleki tatmin, eş duyum yorgunluğu ve tükenmişliği bir arada inceleyen Stamm (2005) tarafından geliştirilen Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Yeşil ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Otuz madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır (49, 59).

*Mesleki Tatmin*, bireyin mesleği veya işi aracılığıyla bir başkasına yardım etmesi sonucunda hissettiği memnuniyet ve anlam duygusunu ölçmektedir. Bu alt boyuttan elde edilen yüksek puan, yardım eden kişi olarak mesleki doyum düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 ve 30. maddeleri bu boyutu değerlendirmektedir. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır.

**Tükenmişlik**, bireyin iş yaşamında karşılaştığı zorluklarla baş etmede güçlük yaşaması, motivasyon kaybı ve umutsuzluk gibi durumları değerlendirmektedir. Bu alt boyuttan alınan yüksek puan, tükenmişlik düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 ve 29. maddeleri tükenmişliği ölçmektedir. Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,72'dir.

**Eşduyum Yorgunluğu**, bireyin stres verici veya travmatik bir olaya tanık olması ya da maruz kalması sonucunda ortaya çıkan duygusal ve fizyolojik belirtileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu alt boyuttan alınan yüksek puan, bireyin tükenme riskinin arttığını ve profesyonel destek gereksinimi olabileceğini göstermektedir. Ölçeğin 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 ve 28. maddeleri bu boyutu ölçmektedir. Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,80'dir.

Puanlama aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek değerlendirilmektedir. Ölçek, “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (5)” arasında değişen altı basamaklı Likert tipi bir derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır.

### **3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0” kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan niceliksel veriler için ikili gruplarda Student-t Testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA Testi uygulandı. One Way ANOVA testinde kendi içinde anlamlılığını değerlendirmek için Post Hoc Analiz de Tukey Testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi göstermek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,00–0,29 arası zayıf, 0,29–0,49 arası orta, 0,50–0,74 arası güçlü, 0,75–1,00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi. İstatistiksel olarak anlamlı olan p değeri <0,05 kabul edildi.

## 4.BULGULAR

Çalışmaya gönüllü katılan 443 hekimin verileri analiz edildi.

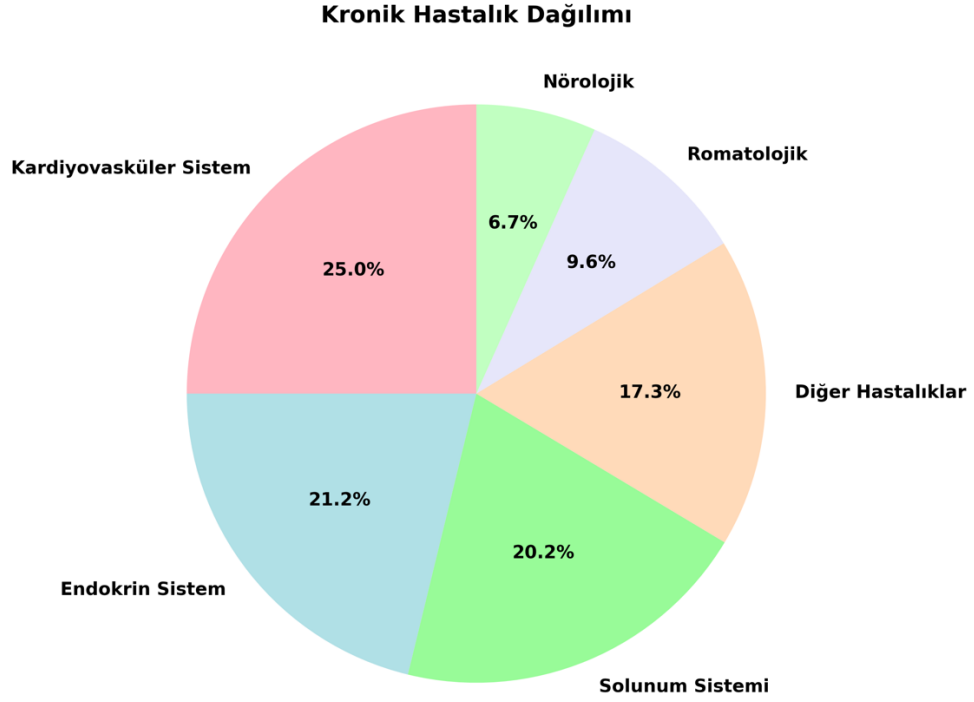
### 4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen hekimlerin yaş ortalaması  $33,68 \pm 7,59$  (min=24, maks=58) yılıdır. Katılımcıların %56,9'u (n=252) kadın, %60,3'ü (n=267) evli, %71,8'i (n=318) il merkezinde yaşamakta ve %49,2'sinin (n=218) geliri giderinde fazlaydı. Hekimlerin %76,3'ün (n=338) kronik hastalığı yok, %72,5'i (n=321) herhangi bir ilaç kullanmıyor, %69,1'i (n=306) hiç sigara içmemiş ve %43,8'i (n=194) fiziksel aktivite yapmıyordu (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

	<b>Ort±SD</b>	<b>Min-Maks</b>
<b>Yaş</b>	33,68±7,59	24-58
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	191	43,1
Kadın	252	56,9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	267	60,3
Bekar	176	39,7
<b>Çocuğu Olması Durumu</b>		
Evet	201	45,4
Hayır	242	54,6
<b>Ekonomik Durum</b>		
Geliri giderinden fazla	218	49,2
Geliri giderine eşit	167	37,7
Geliri giderinden az	58	13,1
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	83	18,7
Hayır, hiç kullanmadım	306	69,1
Kullanıyordum, bıraktım	54	12,2
<b>Fiziksel Aktivite</b>		
Evet, haftada en az 3-5 gün	89	20,1
Evet, haftada 2 günden az	160	36,1
Hayır	194	43,8
<b>Yaşanılan Yer</b>		
İl	318	71,8
İlçe	125	28,2
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Evet	104	23,5
Hayır	339	76,5
<b>Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı</b>		
Evet	122	27,5
Hayır	321	72,5

Hekimler arasında en sık görülen kronik hastalık %25,0 (n=26) ile kardiyovasküler hastalıklardı. Endokrin sistem hastalıkları ve solunum sistemi hastalıkları onu takip ediyordu (Tablo 2, Şekil 4.).



**Şekil 4. Katılımcıların Kronik Hastalıkları**

**Tablo 2. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı**

Hastalıklar	n	%
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	26	25,0
Endokrin Sistem Hastalıkları	22	21,2
Solunum Sistemi Hastalıkları	21	20,2
Diğer Hastalıklar	18	17,3
Romatolojik Hastalıklar	10	9,6
Nörolojik Hastalıklar	7	6,7

Katılımcıların %39,5'i (n=175) Aile Hekimliği Araştırma görevlisi (AHU), %26,2'si (n=116) Sözleşmeli Aile Hekimliği Araştırma görevlisi (SAHU) idi. Hekimlerin %41,8'i (n=185) aile sağlığı merkezinde ve %36,6'sı (n=162) üniversite hastanesinde çalışıyordu. Katılımcıların %68,6'sı (n=304) nöbet tutmuyordu (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Ortamına Ait Özellikler**

	n	%
<b>Mesleki Durum</b>		
Aile Hekimliği Uzmanı	70	15,8
Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi	175	39,5
Sözleşmeli Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi	116	26,2
Pratisyen Aile hekimi	82	18,5
<b>Çalışılan Kurum</b>		
Aile Sağlığı Merkezi	185	41,8
Üniversite Hastanesi	162	36,6
Devlet Hastanesi	52	11,7
Entegre Hastane	27	6,1
Toplum Sağlığı Merkezi	17	3,8
<b>Nöbet tutma durumu</b>		
Evet	139	31,4
Hayır	304	68,6

Katılımcıların ortalama hizmet süresi  $8,45 \pm 7,29$  (min 1-maks 35) yıl, günde baktıkları hasta sayısı ortanca 50 (min 0-maks 150) kişi, ayda tuttukları ortalama nöbet saati  $82,82 \pm 47,01$  (min 16-maks 216) ve uzmanlık eğitimi alanların eğitim süresi  $2,43 \pm 1,44$  (min 1-maks 8) yıldır (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcıların Hizmet Yılı, Bakılan Hasta Sayısı, Nöbet Durumuna İlişkin Bilgilerin Dağılımı**

	Ort±SD	Ortanca	Min-Maks
<b>Hizmet süresi</b>	$8,45 \pm 7,29$	5	1-35
<b>Günde bakılan hasta sayısı</b>	$49,94 \pm 28,70$	50	0-150
<b>Ayda tutulan nöbet saati</b>	$82,82 \pm 47,01$	72	16-216
<b>Uzmanlık eğitim süresi</b>	$2,43 \pm 1,44$	2	1-8

Hekimlerin %50,6'sının (n=224) çalıştığı kurum içinde sosyal aktiviteler nadiren yapılmaktaydı ve %35,4'ü (n=157) bu sosyal aktivitelere nadiren katılıyordu. Bölüm içinde sorunların konuşulduğu toplantıların yapılma sıklığına katılımcıların %46'sı (n=204) “nadiren” cevabı verdi. Bu toplantılara hekimlerin %40,4'ü (n=179) sık sık katılıyordu. Hekimlerin %11,1'inde (n=49) mevcut kurumdan ayrılma düşüncesi, %6,1'inde (n=27) hekimlik mesleğini bırakma düşüncesi her zaman vardı (Tablo 5).

**Tablo 5. Katılımcıların Kurumsal Sosyal Faaliyetler ve Mesleki Geleceklerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı**

	<b>Her zaman</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiçbir zaman</b>
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
<b>1.Çalışılan kurum içinde sosyal aktivite yapılma durumu</b>	39(8,8)	100(22,6)	224(50,6)	80(18,1)
<b>2.Sosyal aktivitelere katılma durumu</b>	78(17,6)	153(34,5)	157(35,4)	55(12,4)
<b>3.Bölüm içinde sorunların konuşulduğu toplantıların yapılma durumu</b>	55(12,4)	134(30,2)	204(46,0)	50(11,3)
<b>4.Toplantılara katılma durumu</b>	140(31,6)	179(40,4)	86(19,4)	38(8,6)
<b>5.Çalıştığı mevcut kurumdan ayrılma düşüncesi</b>	49(11,1)	93(21,0)	163(36,8)	138(31,2)
<b>6.Hekimlik mesleğini bırakma düşüncesi</b>	27(6,1)	86(19,4)	176(39,7)	154(34,8)

Katılımcıların %54,0'ı (n=239) son iki hafta içinde kendini umutsuz ve çökkün hissediyor, %47,6' sının (n=211) son iki hafta içerisinde önceden ilgi duyduğu şeylere karşı ilgi azalması vardı. Her iki soruya “evet” cevabı verenlerde depresyon riski olduğu varsayıldı. Bu durumda hekimlerin %46'sında (n=204) depresyon riski saptandı (Tablo 6).

**Tablo 6. Katılımcıların Depresyon Riski**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Depresyon şüphesi olan</b>	204	46,0
<b>Depresyon şüphesi olmayan</b>	239	54,0

Katılımcıların %60,5'i (n=268) hekimlik mesleğinin kişiliğine uygun olduğunu belirtti. Hekimlerin %47,2'si (n=209) yaşam kalitesini iyi olarak nitelerken %62,3'ü (n= 276) yaşamdan memnundu (Tablo 7).

**Tablo 7. Katılımcıların Mesleki Uyum, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyetine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hekimlik Mesleğinin Kişiliğe Uygunluğu</b>		
Uygun	268	60,5
Emin değilim	117	26,4
Uygun değil	58	13,1
<b>Yaşam Kalitesi</b>		
Çok iyi/İyi	209	47,1
Orta	177	40,0
Kötü/çok kötü	57	12,9
<b>Yaşamdan Memnuniyet Düzeyi</b>		
Memnun	276	62,3
Kararsız	87	19,6
Memnun değil	80	18,1

#### **4.2. Katılımcıların Çalışma Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması  $68,11 \pm 15,81$  puandı. ÇYKÖ Cronbach's Alpha değeri 0,883 idi. Ölçeğin mesleki tatmin alt boyutu puan ortalaması  $31,68 \pm 10,12$  ve Cronbach's Alpha değeri 0,915 bulundu. Tükenmişlik alt boyutunun puan ortalaması  $19,14 \pm 7,80$  ve Cronbach's Alpha değeri 0,651; eş duyum yorgunluğu alt boyutunun puan ortalaması  $17,29 \pm 9,91$  ve Cronbach's Alpha değeri 0,900 olarak saptandı (Tablo 8).

**Tablo 8. Ölçeğin ve alt boyutlarının Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri**

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Min - Maks</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
<b>*ÇYKÖ-Toplam</b>	30	68,11±15,81	24-115	0,883
<b>Mesleki Tatmin</b>	10	31,68±10,12	0-50	0,915
<b>Tükenmişlik</b>	10	19,14±7,80	0-42	0,651
<b>Eş duyum yorgunluğu</b>	10	17,29±9,91	0-43	0,900

\*ÇYKÖ: çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği

#### **4.3. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

Hekimlerin cinsiyetleri ile ölçeğin eş duyum yorgunluğu, tükenmişlik, mesleki tatmin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (sırasıyla  $p=0,424$ ,  $p=0,923$ ,  $p=0,689$ ).

Evli olan katılımcıların ( $19,80±6,98$ ), bekâr katılımcılara ( $18,14±8,83$ ) göre ( $p=0,037$ ) ve çocuğu olan hekimlerin ( $20,03±6,94$ ), olmayanlara göre ( $18,39±8,39$ ) tükenmişlik alt boyut puanı daha yüksekti ( $p=0,025$ ).

Geliri giderinden az olan bireylerin eş duyum yorgunluğu alt boyut puanı ( $19,22±10,53$ ) geliri giderinde fazla olan bireylerin alt boyut puanından ( $15,94±10,09$ ) daha yüksekti ( $p=0,043$ ). Geliri giderinden fazla olanların tükenmişlik alt boyut puanı geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olanlarınkinden daha düşüktü (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Geliri giderinden fazla olanların mesleki tatmin alt boyut puanı ( $33,83±9,67$ ) geliri giderine eşit ( $29,53±9,35$ ) ve geliri giderinden az ( $29,75±12,22$ ) olanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,015$ ).

Kronik hastalığı olan hekimlerin tükenmişlik alt boyut puanı ( $20,72±7,64$ ) olmayanların puanından ( $18,65±7,80$ ) yüksekti ( $p=0,017$ ). Sürekli kullandığı ilacı olan katılımcıların tükenmişlik alt boyut puanı ( $21,25±7,53$ ) olmayanların puanından ( $18,33±7,76$ ) anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,001$ ).

Sigara kullanan hekimlerin eş duyum yorgunluğu puanı ( $19,60 \pm 10,04$ ) kullanmayanların puanından ( $16,58 \pm 9,83$ ) bariz yüksekti ( $p=0,037$ ). Sigara kullanan hekimlerin tükenmişlik alt boyut puanı ( $21,25 \pm 7,53$ ) da kullanmayanların puanından ( $18,25 \pm 7,67$ ) daha yüksekti ( $p=0,005$ ). Sigara kullanmayanlarda mesleki tatmin alt boyut puanı ( $32,34 \pm 9,72$ ) sigara kullananların puanlarından ( $29,16 \pm 10,74$ ) anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0,030$ ).

Fiziksel aktivite yapan ve yapmayanlar arasında eş duyum yorgunluğu alt boyut puanı arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Fiziksel aktivite yapmayanların tükenmişlik alt boyut puanı ( $20,35 \pm 7,25$ ) ile haftada 3-5 gün yapanların puanı ( $16,04 \pm 8,98$ ) veya haftada 2 günden az yapanların puanları ( $19,40 \pm 7,31$ ) arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla  $p=0,003$ ;  $p<0,001$ ). Haftada 3-5 gün fiziksel aktivite yapan hekimlerin mesleki tatmin alt boyut puanı ( $34,59 \pm 10,60$ ) hiç yapmayanlardan ( $30,41 \pm 10,08$ ) belirgin olarak farklıydı ( $p=0,004$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması**

	<b>Eş Duyum Yorgunluğu</b>	<b>Tükenmişlik</b>	<b>Mesleki Tatmin</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	16,85±9,81	19,09±8,77	31,91±11,54
Kadın	17,61±10,0	19,17±6,99	31,50±8,93
p*	0,424	0,920	0,679
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	17,60±9,57	19,80±6,98	30,93±9,97
Bekar	16,81±10,42	18,14±8,83	38,81±10,28
p*	0,410	<b>0,037</b>	0,056
<b>Çocuk Varlığı</b>			
Evet	17,35±9,64	20,03±6,94	31,13±9,96
Hayır	17,23±10,15	18,39±8,39	32,13±10,25
p*	0,897	<b>0,025</b>	0,305
<b>Ekonomik Durum</b>			
Gelir giderinden fazla <sup>a</sup>	15,94±10,09	16,94±7,98	33,83±9,67
Geliri giderine eşit <sup>b</sup>	18,38±9,25	21,05±6,67	29,53±9,35
Geliri giderinden az <sup>c</sup>	19,22±10,53	21,87±7,94	29,75±12,22
p**	<b>0,043<sup>ab</sup>; &lt;0,001<sup>ac</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>ab</sup>; &lt;0,001<sup>ac</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>ab</sup>; 0,015<sup>ac</sup></b>
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>			
Evet	18,05±10,66	20,72±7,64	30,79±10,96
Hayır	17,05±9,68	18,65±7,80	31,95±9,85
p*	0,366	<b>0,017</b>	0,303
<b>Sürekli Kullanılan İlaç</b>			
Evet	18,31±10,52	21,25±7,53	29,95±10,67
Hayır	16,90±9,66	18,33±7,76	32,33±9,85
p*	0,182	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,027</b>
<b>Sigara Kullanımı</b>			
Evet <sup>d</sup>	19,60±10,04	21,26±7,81	29,16±10,74
Hayır, hiç kullanmadım <sup>e</sup>	16,58±9,83	18,25±7,67	32,34±9,72
Kullanıyordum, bıraktım <sup>f</sup>	17,72±9,79	20,88±7,75	31,79±10,96
p**	<b>0,037<sup>de</sup></b>	<b>0,005<sup>de</sup></b>	<b>0,030<sup>de</sup></b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>			
Evet, 3-5 gün <sup>g</sup>	15,46±9,91	16,04±8,98	34,59±10,60
Evet, haftada 2 günden az <sup>h</sup>	18,18±9,97	19,40±7,31	31,59±9,64
Hayır <sup>i</sup>	17,39±9,81	20,35±7,25	30,41±10,08
p**	0,114	<b>0,003<sup>gh</sup>; 0,000<sup>gi</sup></b>	<b>0,004<sup>gi</sup></b>
<b>Yaşanılan Yer</b>			
İl	16,94±9,97	18,88±7,59	31,48±10,26
İlçe	18,18±9,75	19,80±8,31	32,19±9,79
p*	0,235	0,261	0,507

\* Student's t testi kullanılmıştır.

\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

Hekimlerin çalıştığı kuruma göre eş duyum yorgunluğu alt puanları arasında anlamlı fark saptanmadı( $p=0,130$ ). Aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin tükenmişlik alt boyut puanı ( $20,70\pm 7,87$ ) üniversite hastanesi ( $18,33\pm 7,40$ ) veya toplum sağlığı merkezinde ( $15,29\pm 8,81$ ) çalışan hekimlere göre yüksekti (sırasıyla  $p=0,037$ ;  $p=0,046$ ). Mesleki tatmin alt boyut puanında çalışılan kurumlar arasında anlamlı fark saptandı ( $p=0,025$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Çalışma Ortamını Değerlendirilen Bilgilere Göre Karşılaştırılması**

	<b>Eş Duyum Yorgunluğu</b>	<b>Tükenmişlik</b>	<b>Mesleki Tatmin</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Çalışılan Kurum</b>			
Aile sağlığı Merkezi <sup>j</sup>	18,07±10,07	20,70±7,87	30,66±10,24
Üniversite Hastanesi <sup>k</sup>	16,93±9,64	18,33±7,40	31,08±10,19
Devlet Hastanesi <sup>l</sup>	18,42±9,45	18,21±7,17	34,78±8,29
Entegre Hastane <sup>m</sup>	14,44±11,12	17,48±8,55	35,25±10,01
Toplum Sağlığı Merkezi <sup>n</sup>	13,23±9,17	15,29±8,81	33,23±11,23
p*	0,130	<b>0,037<sup>jk</sup>; 0,046<sup>ln</sup></b>	<b>0,025***</b>
<b>Mesleki Statü</b>			
Aile hekimliği uzmanı	17,08±9,66	18,08±7,75	32,62±10,22
AHU araştırma görevlisi	17,29±9,56	18,44±7,26	31,42±9,70
SAHU araştırma görevlisi	16,43±10,18	20,12±7,70	30,83±10,78
Pratisyen aile hekimi	18,68±10,51	20,14±8,89	32,62±10,03
p*	0,474	0,118	0,525
<b>Nöbet Tutma Durumu</b>			
Evet	18,54±9,41	20,15±7,52	30,38±9,85
Hayır	16,71±10,10	18,67±7,89	32,27±10,21
p**	0,072	0,064	0,068

\* Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

\*\* Student's t testi kullanılmıştır.

\*\*\* Posthoc Tukey testinde gruplar arası anlamlı fark saptanmadı.

#### 4.4. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ile Depresyon Riski Durumu, Mesleki Uyum, Yaşam Kalitesi, Yaşam Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Depresyon riski olan hekimlerin eş duyum yorgunluğu puanı ( $20,61 \pm 10,29$ ) diğerlerinin puanından ( $14,48 \pm 8,66$ ) anlamlı olarak yüksekti ( $p < 0,001$ ). Depresyon riski olan hekimlerde tükenmişlik puanı ( $23,88 \pm 6,29$ ) olmayanların puanlarından ( $15,12 \pm 6,62$ ) daha yüksek bulundu ( $p < 0,001$ ). Depresyon riski olmayanların mesleki tatmin alt boyut puanı ( $35,19 \pm 9,05$ ) da depresyonu olanlardan ( $27,52 \pm 9,76$ ) fazlaydı ( $p < 0,001$ ).

Mesleğim kişiliğime uygun diyen hekimlerin eş duyum yorgunluğu puanı ( $15,04 \pm 9,16$ ) uygun değil diyenlerin puanından ( $23,60 \pm 11,71$ ) düşüktü ( $p < 0,001$ ). Mesleği kişiliğine uygun olanların tükenmişlik puanı ( $16,27 \pm 7,02$ ) uygun olmayanlardan ( $25,98 \pm 7,69$ ) düşüktü ( $p < 0,001$ ), mesleki tatmin alt boyut puanı ( $35,23 \pm 9,31$ ) uygun olmayanlardan ( $22,36 \pm 8,67$ ) yüksekti ( $p < 0,001$ ).

Yaşam kalitesini kötü olarak tanımlayan hekimlerin eşduyum yorgunluğu puanı ( $23,26 \pm 11,16$ ), tükenmişlik puanı ( $28,52 \pm 5,85$ ) yüksekken mesleki tatmin puanı ( $22,07 \pm 8,64$ ) düşüktü ( $p < 0,001$ ). Yaşamdan memnun olmayanların eş duyum yorgunluğu puanı ( $22,81 \pm 10,62$ ) ve tükenmişlik puanı ( $26,97 \pm 6,44$ ) yüksekken mesleki tatmin puanı ( $24,11 \pm 9,18$ ) düşük ( $p < 0,001$ ) bulundu (Tablo 11).

**Tablo 11. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Depresyon Riski Durumu, Mesleki Uyum, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyetlerine Göre Karşılaştırılması**

	<b>Eş Duyum Yorgunluğu</b>	<b>Tükenmişlik</b>	<b>Mesleki Tatmin</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Depresyon Riski</b>			
Var	20,61±10,29	23,88±6,29	27,52±9,76
Yok	14,48±8,66	15,12±6,62	35,19±9,05
p*	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Mesleğin Kişiliğe Uygunluğu</b>			
Uygun olan °	15,04±9,16	16,27±7,02	35,23±9,31
Emin olmayan <sup>p</sup>	19,29±8,86	22,31±6,06	28,15±8,31
Uygun olmayan <sup>f</sup>	23,60±11,71	25,98±7,69	22,36±8,67
p**	<b>&lt;0,001<sup>op</sup>; 0,013<sup>pr</sup>; &lt;0,001<sup>or</sup></b>	<b>0,000<sup>op</sup>; 0,003<sup>pr</sup>; 0,000<sup>or</sup></b>	<b>0,000<sup>op</sup>; 0,000<sup>pr</sup>; 0,000<sup>or</sup></b>
<b>Yaşam Kalitesi Düzeyi</b>			
İyi	14,77±8,93	14,74±6,62	36,06±8,97
Orta	18,33±9,64	21,31±5,82	29,60±9,03
Kötü	23,26±11,16	28,52±5,85	22,07±8,64
p**	<b>0,001<sup>st</sup> 0,000<sup>su</sup></b>	<b>0,000<sup>st</sup> 0,000<sup>su</sup></b>	<b>0,000<sup>st</sup> 0,000<sup>su</sup></b>
<b>Yaşamdan Memnuniyet</b>			
Memnun olan <sup>v</sup>	15,20±9,10	15,70±6,56	35,28±8,93
Kararsız olan <sup>y</sup>	18,83±9,60	22,83±5,33	27,19±8,89
Memnun olmayan <sup>z</sup>	22,81±10,62	26,97±6,44	24,11±9,18
p**	<b>0,006<sup>vy</sup> 0,000<sup>vz</sup></b>	<b>0,000<sup>vy</sup> 0,000<sup>vz</sup></b>	<b>0,000<sup>vy</sup> 0,000<sup>vz</sup></b>

\* Student's t testi kullanılmıştır.

\*\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır

Katılımcıların yaşı ile tükenmişlik alt boyutu arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı korelasyon tespit edildi ( $r=0,133$ ;  $p=0,005$ ). Hekimlerin uzmanlık eğitim yılı ve tükenmişlik arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı korelasyon bulundu ( $r=0,132$ ,  $p=0,024$ ). Hekimlikte toplam hizmet yılı ile tükenmişlik düzeyi arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ( $r=0,119$ ,  $p=0,012$ ). Hekimlerin günde baktıkları hasta sayısı ile tükenmişlik alt boyutları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı korelasyon vardı ( $r=0,173$ ,  $p<0,001$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12. Katılımcıların Demografik ve Mesleki Özellikleri ile Eşduyum Yorgunluğu, Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin Düzeyleri Arasındaki Korelasyonlar**

	Eşduyum Yorgunluğu		Tükenmişlik	Mesleki Tatmin
Yaş	r	0,014	0,133**	0,030
	p***	0,762	<b>0,005</b>	0,531
Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi	r	0,009	0,132*	0,023
	p***	0,885	<b>0,024</b>	0,697
Hekimlikte toplam hizmet yılı	r	0,002	0,119*	0,027
	p***	0,972	<b>0,012</b>	0,574
Günde ortalama bakılan hasta sayısı	r	0,083	0,173**	0,004
	p***	0,082	<b>0,000</b>	0,935
Ayda tutulan nöbet saati	r	0,060	-0,065	0,077
	p***	0,488	0,454	0,374

\*Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir. \*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir. \*\*\*Analiz olarak

Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

#### **4.5. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Kurum İçinde Sosyal Aktivite ve Toplantı Yapılması, Katılımcıların Bunlara Katılma Durumları ile Karşılaştırılması**

Kurumunun içinde her zaman sosyal aktivitelerin yapıldığını belirten hekimlerin eş duyum yorgunluğu (9,71±10,11) ve tükenmişlik puanları (8,84±7,97) düşük ve mesleki tatmin puanı (42,15±9,45) yüksek bulundu (**sırasıyla p=0,009 p<0,001 <0,001**).

Kurum içindeki sosyal aktivitelere her zaman katılan hekimlerin eş duyum yorgunluğu (13,55±10,92) ve tükenmişlik puanı (13,57±8,84) düşük ve mesleki tatmin (37,55±10,40) yüksekti (**sırasıyla p<0,001 p<0,001 <0,001**).

Bölüm içinde sorunların konuşulduğu toplantıların her zaman yapıldığını ifade edenlerin eş duyum yorgunluğu (10,50±9,46) ve tükenmişlik puanları (10,76±8,17) düşük ve mesleki tatminleri ise (40,81±9,81) yüksek saptandı (**sırasıyla p=0,005 p<0,001 p<0,001**).

Bu toplantılara her zaman katılan hekimlerin eş duyum yorgunluğu (15,47±10,87) ve tükenmişlik puanları (16,20±8,79) düşük ve mesleki tatmin puanları (35,90±10,74) yüksekti (**p=0,004 p<0,001 p<0,001**) (Tablo 13).

**Tablo 13. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Kurum İçinde Sosyal Aktivite ve Toplantı Yapılması ve Katılımcıların Bunlara Katılma Durumlarına Göre Karşılaştırılması**

	<b>Eş Duyum Yorgunluğu</b>	<b>Tükenmişlik</b>	<b>Mesleki Tatmin</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Kurum İçinde Sosyal Aktivitelerin Yapılma Durumu</b>			
Her zaman <sup>a</sup>	9,71±10,11	8,84±7,97	42,15±9,45
Sık sık <sup>b</sup>	20,20±9,86	20,05±6,47	31,64±9,23
Nadiren <sup>c</sup>	17,89±9,26	20,14±7,14	30,86±9,43
Hiçbir zaman <sup>d</sup>	15,65±9,69	20,22±7,49	28,92±10,44
p*	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> 0,009 <sup>ad</sup> <0,009 <sup>bd</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> <0,001 <sup>ad</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> <0,001 <sup>ad</sup>
<b>Kurum İçindeki Sosyal Aktivitelere Katılma Durumu</b>			
Her zaman <sup>a</sup>	13,55±10,92	13,57±8,84	37,55±10,40
Sık sık <sup>b</sup>	18,56±9,41	20,29±6,51	31,47±9,28
Nadiren <sup>c</sup>	18,38±9,50	20,45±7,29	29,94±9,33
Hiçbir zaman <sup>d</sup>	15,90±9,73	20,09±7,71	28,87±11,14
p*	0,001 <sup>ab</sup> 0,002 <sup>ac</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> <0,001 <sup>ad</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> <0,001 <sup>ad</sup>
<b>Bölüm İçinde Sorunların Konuşulduğu Toplantıların Yapılma durumu</b>			
Her zaman <sup>a</sup>	10,50±9,46	10,76±8,17	40,81±9,81
Sık sık <sup>b</sup>	19,38±9,52	20,26±6,39	30,41±9,43
Nadiren <sup>c</sup>	17,86±9,57	20,17±7,32	30,75±9,34
Hiçbir zaman <sup>d</sup>	16,82±9,84	21,14±7,17	28,84±10,30
p*	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> 0,005 <sup>ad</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> <0,001 <sup>ad</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> <0,001 <sup>ad</sup>
<b>Bölüm içinde Sorunların Konuşulduğu Toplantılara Katılma durumu</b>			
Her zaman <sup>a</sup>	15,47±10,87	16,20±8,79	35,90±10,74
Sık sık <sup>b</sup>	18,59±8,91	20,21±5,96	30,75±8,46
Nadiren <sup>c</sup>	18,54±10,10	21,59±8,28	27,54±9,44
Hiçbir zaman <sup>d</sup>	15±9,21	19,39±7,47	29,81±11,28
p*	0,027 <sup>ab</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup>	<0,001 <sup>ab</sup> <0,001 <sup>ac</sup> 0,004 <sup>ad</sup>

\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır

#### 4.6.Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Mevcut Kurumdan Ayrılma ve Mesleği Bırakma Düşüncesine Göre Karşılaştırılması

Mevcut kurumdan ayrılma düşüncesi olanların olmayanlara göre eş duyum yorgunluğu ve tükenmişliği yüksek mesleki tatmini düşük bulundu (sırasıyla  $p=0,002$   $p<0,001$   $p<0,001$ ). Mesleği bırakma düşüncesi olanlarda olmayanlara göre eş duyum yorgunluğu ve tükenmişlik yüksek mesleki tatmin düşük saptandı (sırasıyla  $p<0,001$   $p<0,001$   $p<0,001$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Mevcut Kurumdan Ayrılma ve Mesleği Bırakma Düşüncesi ile Karşılaştırılması**

	<b>Eş duyum Yorgunluğu</b>	<b>Tükenmişlik</b>	<b>Mesleki Tatmin</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>
<b>Mevcut Kurumdan Ayrılma Düşüncesi</b>			
Her zaman <sup>a</sup>	19,24±12,14	23,87±7,97	27,63±11,65
Sık sık <sup>b</sup>	20,75±9,87	23,68±6,99	28,18±8,72
Nadiren <sup>c</sup>	17,99±8,45	19,23±5,72	31,30±9,33
Hiçbir zaman <sup>d</sup>	13,43±9,52	14,28±7,54	35,92±9,83
p*	<b>0,002<sup>ad</sup> &lt;0,001<sup>bd</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>ac</sup> &lt;0,001<sup>ad</sup> &lt;0,001<sup>bc</sup> &lt;0,001<sup>bd</sup> &lt;0,001<sup>cd</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>ad</sup> &lt;0,001<sup>bd</sup> &lt;0,001<sup>cd</sup></b>
<b>Mesleği Bırakma Düşüncesi</b>			
Her zaman <sup>a</sup>	23,37±11,38	26,66±7,79	25,62±11,57
Sık sık <sup>b</sup>	21,15±9,85	24,04±6,38	25,97±9,12
Nadiren <sup>c</sup>	18,40±9,09	19,90±6,38	31,44±9,17
Hiçbir zaman <sup>d</sup>	12,79±8,76	14,21±6,91	36,19±9,26
p*	<b>0,049<sup>ac</sup> &lt;0,001<sup>ad</sup> &lt;0,001<sup>bd</sup> &lt;0,001<sup>cd</sup></b>	<b>&lt;0,001<sup>ac</sup> &lt;0,001<sup>ad</sup> &lt;0,001<sup>bc</sup> &lt;0,001<sup>bd</sup> &lt;0,001<sup>cd</sup></b>	<b>0,015<sup>ac</sup> &lt;0,001<sup>ad</sup> &lt;0,001<sup>bc</sup> &lt;0,001<sup>bd</sup> &lt;0,001<sup>cd</sup></b>

\*Üç veya daha fazla değişkeni olan gruplarda One-way ANOVA testi kullanılmıştır

## 5.TARTIŞMA

Bu araştırma, aile hekimleri ve aile hekimliği araştırma görevlilerinin çalışma yaşam kalitesi düzeylerini çok boyutlu bir bakış açısıyla değerlendirmiş olması nedeniyle önemlidir. Hekimlerin yaşam kalitesini mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu üzerinden değerlendirerek genel yaşam kalitelerinin profilini sunmaktadır. Bu üç durumun birlikte incelenmesi, aile hekimlerinin çalışma yaşam kalitesini etkileyen dinamiklerin kapsamlı biçimde anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Mevcut çalışmada cinsiyetler arasında eş duyum yorgunluğu, tükenmişlik, mesleki tatmin açısından fark yoktu. Düzgün ve ark. onkoloji alanında çalışan hekimler ile dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyini karşılaştırdıkları çalışmada cinsiyetler arası tükenmişlik düzeyini benzer saptamıştır (60). Benzer şekilde Račić ve ark. 2019 yılında Bosna-Hersek'te, kadın ve erkek aile hekimlerinin çalışma yaşamı kalitesinin aynı düzeyde olduğunu bildirmiştir (61). Negev bölgesinde aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (62). Pakistan'da kardiyoloji hekimleriyle yapılan bir çalışmada, erkek hekimlerin mesleki tatminlerinin kadınlardan daha yüksek olduğu, ancak tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu açısından cinsiyet farkı saptanmadığı bildirilmiştir (63). Hekimlerle yapılan bir başka çalışma kadınlarda eş duyum yorgunluğunun daha fazla olduğunu saptamıştır (64). Demirbilek ve ark. aralarında doktorlarda bulunduğu 112 sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada mesleki tatmin ve eş duyum yorgunluğunun kadın ve erkeklerde farklı olmadığı ancak erkeklerde tükenmişliğin yüksek olduğu bulunmuştur (65). Hekimlikte kadın ve erkekler genellikle benzer düzeyde sorumluluk, iş yükü ve karar verme süreçlerine sahiptir. Bu nedenle, mesleki tatmin ve duygusal stres üzerinde belirleyici olan etmenlerin, cinsiyetten ziyade çalışma koşulları, görev tanımları ve klinik ortamın özellikleriyle ilişkili olduğunu düşünmek yanlış olmayacaktır. Dolayısıyla, bu meslekte cinsiyete bağlı farklılıkların belirginleşmemesi doğaldır. Ayrıca, birinci basamak ve hastane ortamlarında görev dağılımının çoğunlukla cinsiyetten bağımsız olarak yapılması da bu durumu desteklemektedir.

Bu çalışmadaki hekimlerin yaşı arttıkça tükenmişlik düzeylerinin belirgin olmasa da yükseldiği görüldü. Bu bulgu, mesleki kıdemin ilerlemesiyle birlikte artan idari ve sorumluluk yükünün, iş yoğunluğu ve uzun süreli mesleki stresin birikimli etkileriyle açıklanabilir. Ayrıca, sağlık sistemindeki yapısal değişimlere ve hizmet sunumundaki artan beklentilere uzun süre

maruz kalmanın da duygusal tükenmeyi beslemesi mümkündür. Demirbilek ve ark. da (2021) benzer sonuçlar bildirmiştir (65). Buna karşın bazı araştırmalarda daha genç yaş gruplarında tükenmişliğin yüksek olduğu belirtilmektedir (63). Genç çalışanlarda görülen bu durum, mesleğe uyum sürecinde karşılaşılan belirsizlikler, yüksek beklentiler, deneyim eksikliği ve rol karmaşasıyla ilişkili olabilir. Dolayısıyla yaşın tükenmişlik üzerindeki etkisinin tek yönlü olmadığı, bireysel ve kurumsal değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Diğer taraftan yaş ve çalışma yaşam kalitesi arasında ilişki saptayamamış çalışmalar da mevcuttur (61, 62, 66, 67). Bu sonuçlar, tükenmişliğin yalnızca yaş gibi demografik değişkenlerle açıklanamayacak bir durum olduğunu göstermektedir. Tükenmişlik düzeyinin, bireyin çalışma ortamındaki koşullar, kurumu tarafından sağlanan destek, iş doyumunu, mesleki tatmin ve kişisel baş etme mekanizmalarıyla birlikte şekillendiği söylenebilir (1). Dolayısıyla yaş faktörü, tek başına belirleyici bir unsur olmaktan ziyade, mesleki deneyim süreci ve iş yaşamındaki dinamiklerle etkileşim içerisinde tükenmişliğin seyrini dolaylı olarak etkileyen tamamlayıcı bir değişken olarak değerlendirilebilir.

Elde edilen verilere göre evli ve çocuk sahibi olanlarda tükenmişlik düzeyleri daha yüksekti. Aile sorumlulukları ve ebeveynlik yükünün hekimlerde mesleki tükenmişliği artırabileceğini düşündüren bu konu literatürde medeni durum ve ebeveynlikle ilişkili çalışmalarla farklı sonuçlara sahiptir. Assadpour ve ark. (2025) asistan hekimlerle, Bazmandegan ve ark. (2022) hemşirelerle yaptığı çalışmalarda medeni durumla çalışma yaşam kalitesi arasında farklılıklar gösterilmemiştir (66, 68). Tran ve ark. (2023) ise hem hekim hem hemşireleri kapsayan araştırmalarında evli olanlarda eş duyumu yorgunluğunun düşük, mesleki tatminin benzer olduğunu saptamışlardır (69). Buna karşın, Mısır'daki bir çalışma evli hekimlerin mesleki tatminlerinin daha yüksek, tükenmişliklerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (64). Benzer biçimde, Çin'de evli hemşirelerde mesleki tatminin arttığı, tükenmişliğin azaldığı ancak eşduyumu yorgunluğu açısından bekarlarla aralarında fark gözlenmediği bildirilmiştir (70). Literatürde çocuk sahibi olma durumunun çalışma yaşam kalitesi üzerindeki etkisini doğrudan inceleyen araştırmalar sınırlıdır. Mevcut bulgular ise, bu değişkenin de değerlendirmelere dâhil edilmesi gerektiğini göstermektedir. Çocuk sahibi olmanın tükenmişliği azalttığını bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte (71, 72), ebeveynliğin tükenmişliği artırabileceği yönünde bulgulara da rastlanmaktadır (73). Bu çalışmada evli ve çocuk sahibi aile hekimlerinde tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek bulunması, ailevi sorumlulukların yanında kültürel, mesleki ve örgütsel etkenlerin de etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Türkiye'de aile hekimliği sisteminde hekimler, idari görevler, performans

hedefleri, hasta yoğunluğu ve nöbet düzeni gibi çok yönlü sorumlulukları aynı anda yürütmektedir. Bu durum, özellikle aile yükümlülükleri bulunan bireylerde zaman baskısı ve rol çatışması yaratarak tükenmişliği artırabilir. Ayrıca, toplumsal cinsiyet rolleri, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği ve ebeveynlik rollerine atfedilen kültürel anlamlar, bu ilişkinin ülkeden ülkeye farklılaşmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla, ailevi rollerin bazı bağlamlarda koruyucu bir unsur, bazı durumlarda ise ek bir stres kaynağı olarak işlev görebileceği; bu değişkenin etkisinin içinde bulunulan kültürel ve mesleki koşullar dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Ekonomik durum ile mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında bu çalışmada ilişki saptandı. Geliri düşük olan hekimlerin eşduyum yorgunluğu daha yüksek, geliri yüksek olan hekimlerin hem tükenmişlikleri daha düşük hem de mesleki tatminleri daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuç, ekonomik memnuniyetin sağlık çalışanlarının mesleki iyi oluşunda koruyucu bir etken olabileceğini göstermektedir. Literatürde de pek çok çalışma benzer sonuçlar göstermektedir. Assadpour ve ark. (2025) ekonomik durumundan memnun olan hekimlerin yaşam kalitelerinin düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (66). Benzer şekilde Tran ve ark. (2023), gelirleri yüksek olan doktor ve hemşirelerde mesleki tatminin arttığını, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun ise azaldığını saptamıştır (69). Filipinler’de yüksek gelir düzeyine sahip hemşirelerin mesleki tatminleri yükselirken, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluklarıyla gelirleri arasında anlamlı ilişki bulunmamış (74). Bu yönüyle mevcut çalışmanın bulguları, ekonomik yeterliliğin ve finansal memnuniyetin bu çalışmadaki hekimlerin çalışma yaşam kalitelerini güçlendirdiğini ortaya koymaktadır. Yin ve ark. (2024) çalışmasında gelirden memnun olmayan hemşirelerde eşduyum yorgunluğunun daha yüksek olduğunu bildirmiş; gelirden memnuniyetsizliğin bu durumu yaklaşık 2,6 kat artıran bir risk faktörü olduğunu belirlemiştir (75). Bu çalışmalardan farklı olarak Kaur ve ark. (2018) palyatif bakım profesyonellerinde gelir düzeyinin çalışma yaşam kalitesi alt boyutları üzerinde anlamlı etkisi bulunmadığını ifade etmiştir (67). Bu durum, mutlak gelir miktarının tek başına belirleyici olmadığını; bireyin gelirine ilişkin öznel memnuniyet algısının ve ekonomik güven hissini, mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu üzerinde daha güçlü bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada, ekonomik doyumun hekimlerin mesleki iyi oluşunu destekleyen, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluklarını azaltan önemli bir unsur olduğu görülmektedir.

Çalışmadaki kronik hastalığı bulunan ve düzenli ilaç kullanan hekimlerde tükenmişliğin arttığı saptandı. Benzer şekilde hemşirelerle yapılan bir çalışmada da sağlık durumu kötü olanların tükenmişliği yüksek mesleki tatmini düşük bulunmuştur (43). Türkiye’de aile hekimleriyle yapılan çalışmada da sonuçlar benzerdir (76). COVID-19 salgınında İkincil Travmatik Stres Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada kronik hastalık varlığı ile ikincil travmatik stres düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (77). Literatürdeki çalışma yaşam kalitesi araştırmalarında kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı değişkenlerinin genellikle yer almadığı ya da yalnızca betimsel olarak ele alındığı görülmektedir. Oysa bireyin mesleki yaşam kalitesi, örgütsel koşulların yanı sıra fiziksel sağlık durumu ve genel iyilik hâlinde de etkilenmektedir (76). Bu çalışmada ise, kronik hastalığı bulunan ve düzenli ilaç kullanan hekimlerde tükenmişliğin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum, fiziksel kısıtlılıklar ve tedavi sürecinin getirdiği ek stresin mesleki taleplerle birleşerek hekimlerin dayanıklılığını azaltmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sigara kullanan katılımcılarda tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun, sigara kullanmayanların ise mesleki tatminlerinin daha yüksek olması, sigaranın stresle baş etmede kısa süreli rahatlama sağlasa da uzun vadede bedensel ve ruhsal yorgunluğu artırmasından kaynaklanıyor olabilir. Nikotin bağımlılığı uyku kalitesini bozarak, enerji düzeyini ve dikkat süresini azaltabilir. Ayrıca, sağlık çalışanı kimliğiyle sigara içme davranışı arasındaki rol çatışması da mesleki tatmini olumsuz yönde etkileyebilir.

Literatürde fiziksel aktivitenin sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesine katkı sağlayabileceğine ilişkin çeşitli bulgular mevcuttur. Katar’da hemşirelerle yapılan bir araştırmada orta düzeyde fiziksel aktivitenin mesleki tatmini artırdığı, ancak tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (78). İstanbul’da yürütülen bir başka çalışmada fiziksel olarak aktif sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanırken, aile hekimleri ve araştırma görevlilerinde yapılan bir incelemede fiziksel aktivite düzeyi ile tükenmişlik sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (79, 80). Peru’da hemşirelerle gerçekleştirilen araştırmada ise fiziksel aktivitenin iş doyumunu hem doğrudan hem de tükenmişliğin azalması aracılığıyla dolaylı olarak artırdığı gösterilmiştir (81). Buna karşın, aile hekimlerinde fiziksel aktivite ile mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasındaki ilişkiyi bütüncül biçimde ele alan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Mevcut çalışmada katılımcıların yalnızca beşte birinin düzenli fiziksel aktivite yaptığının saptanması, bu davranışın hekimler arasında yeterince yaygın

olmadığını göstermektedir. Buna rağmen düzenli fiziksel aktivite yapan grupta tükenmişlik düzeylerinin daha düşük, mesleki tatmin düzeylerinin ise anlamlı ölçüde daha yüksek bulunması, fiziksel aktivitenin hekimlerinde koruyucu bir unsur olarak işlev gördüğünü desteklemektedir. Bu sonuç, fiziksel aktivitenin yalnızca genel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda çalışma yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve mesleki iyi oluşun sürdürülmesinde de önemli bir belirleyici olabileceğini ortaya koymaktadır.

Daha önce yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının yaşadıkları yerin mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisine ilişkin bulguların farklı olduğu görülmektedir. Bosna Hersek'te kentsel bölgede yaşayan aile hekimlerin kırsalda yaşayanlara göre tükenmişliği yüksek bulunmuştur (61). Amerika Birleşik Devletleri'nde, Maslach Tükenmişlik Envanteri'ne göre duygusal tükenmede ve kırsal ile kentsel bölgelerde çalışan aile hekimleri arasında fark saptanmamıştır (82, 83). Buna karşılık, Hogue ve Huntington (2019) kırsal bölgelerde görev yapan hekimlerde tükenmişliğin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (84). Sunulan araştırmada ise ikamet yeri (il/ilçe) ile mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında fark bulunmadı. Mevcut bulgular birlikte değerlendirildiğinde, ikamet yerinin çalışma yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin yalnızca coğrafi farklılıklardan değil, aynı zamanda iş yükü, kontrol düzeyi, çalışma ortamı ve sosyal destek gibi bağlamsal etkenlerden kaynaklandığı söylenebilir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çok merkezli ve standardize araştırmalarda yerleşim yeri değişkeninin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ilişkisi daha ayrıntılı biçimde incelenmesi önemli olacaktır kanaatindeyiz.

Hekimlerin çalıştığı yerlerle eşduyum yorgunlukları arasında belirgin bir farklılık görülmezken, tükenmişliklerinde fark saptanmıştır. Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerde tükenmişliğin yüksek olması, birinci basamak hizmetlerde hasta taleplerinin sürekliliği, bireysel sorumluluğun fazlalığı ve yönetsel iş yükünün yoğunluğu ile açıklanabilir. Bu kurumlarda hekimlerin hem klinik hizmet hem de idari süreçleri tek başına yürütmeleri, zaman baskısını artırarak duygusal yıpranmaya yol açabilmektedir. Buna karşın, üniversite hastanelerinde ekip temelli çalışma, akademik paylaşım ve kurumsal iş birliği olanaklarının daha güçlü olması, mesleki tükenmişliği azaltıcı yönde etki gösterebilir. Ayrıca, asistan hekimlerin mesleğe yeni başlamış olmanın getirdiği motivasyon, öğrenme isteği ve yüksek görev hevesi, duygusal tükenmenin erken dönemlerde daha sınırlı düzeyde hissedilmesine katkıda bulunabilir. Hemşirelerde kurum fark yaratmamıştır (85). Mevcut araştırmalar genellikle hemşire veya karma sağlık çalışanı örnekleriyle sınırlı olduğundan, kurum

türünün hekimlerin mesleki iyi oluşu üzerindeki etkisine ilişkin veriler net değildir. Bu doğrultuda, birinci basamakta çalışan hekimlerin mesleki iyi oluşlarının korunabilmesi için çalışma koşullarının iyileştirilmesi, görev dağılımının daha dengeli planlanması ve mesleki destek mekanizmalarının güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

Tran ve ark. (2023) lisansüstü eğitime sahip sağlık çalışanlarının mesleki tatminleri daha yüksek olsa da çalışma yaşam kalitesinin eğitim düzeyinden çok yaş, deneyim yılı ve gelir algısı gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir (69). Mısırdaki akademik ünvanı yüksek hekimlerin eş duyum yorgunluğu düşük mesleki tatminleri daha yüksek bulunmuştur (64). Gerçekleştirilen araştırmada mesleki statü ve nöbet süresine göre mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu değişmemiştir. Bu bulgu, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin yalnızca görev tanımı ya da çalışma biçimiyle değil, kurumların işleyiş özellikleri, görev dağılımı ve çalışma koşullarının niteliği gibi çok boyutlu faktörlerle şekillendiğini düşündürmektedir. Aile hekimliği alanında farklı unvanlarda görev yapan hekimlerin benzer hizmet yükü ve sorumluluk düzeylerine sahip olmaları, statüye bağlı farklılıkların belirginleşmemesinde etkili olabilir. Benzer biçimde, nöbet tutma durumu veya nöbet süresine göre fark gözlenmemesi, nöbet sonrası dinlenme uygulamalarının son yıllarda daha düzenli yürütülmesi ve çalışma saatlerinin kısmen standartlaşması ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte, literatürde nöbet sıklığının artmasının bazı sağlık meslek gruplarında eşduyum yorgunluğunu artırdığı ve mesleki tatmini azalttığı bildirilmiştir (85). Bu çalışmada fark saptanmamış olması, aile hekimliği uygulamasında nöbet yükünün görece sınırlı olması veya nöbet sonrası toparlanma olanaklarının yıpranmayı dengeleyici bir rol oynamasıyla açıklanabilir. Sonuç olarak, elde edilen bulgular, aile hekimlerinde mesleki iyi oluşun nöbet yoğunluğundan çok çalışma koşullarının sürdürülebilirliği, görev paylaşımındaki denge ve iş ortamı kalitesi tarafından belirlendiğini göstermektedir.

İtalya'daki bir hastanedeki hekim ve hemşirelerin mesleki yaşam kalitesi ile ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmada ÇYKÖ ve Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) birlikte uygulanmış, depresyonun tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu artırdığı; buna karşın mesleki tatmini azalttığı bulunmuştur (86). Yine yapılan başka bir araştırmada depresyonun eş duyum yorgunluğunu artırdığı ve mesleki tatminle ters, tükenmişlikle doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (68). Bu araştırmada depresyon şüphesi bulunan katılımcıların eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlikleri daha yüksek, mesleki tatminleri ise daha düşük saptandı. Elde edilen bulgular, literatürde depresif duygu durumunun

çalışma yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koyan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu durum, aile hekimliği alanında ruhsal iyi oluş ile mesleki yaşam kalitesi arasındaki çift yönlü etkileşimin önemini vurgulamakta ve bu alanda yapılacak psikososyal destek müdahalelerinin gerekliliğine işaret etmektedir.

Araştırma bulguları, mesleğini kişiliğine uygun bulan hekimlerin mesleki tatminlerinin daha yüksek; buna karşın tükenmişlik ve eşduyum yorgunluklarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu durum, bireyin kişisel özellikleri, değerleri ve ilgi alanlarıyla yaptığı işin gerekleri arasındaki uyumun, çalışma yaşam kalitesini güçlendirici bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde, özellikle hekim örnekleminde mesleğin kişiliğe uygunluğu ile profesyonel yaşam kalitesi boyutlarını birlikte ele alan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Çeleğen ve Dağlı (2024), aile hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği kullanarak kişilik yapısına uygunluk düzeyi ile tükenmişlik ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi incelemiş; kişiliğine uygun meslek algısı yüksek olan hekimlerde daha düşük tükenmişlik, buna karşılık daha yüksek iş doyumunu düzeyleri saptamıştır (76). Benzer biçimde, Xiao ve ark. (2021) Çin’de farklı sağlık çalışanlarıyla yürüttükleri araştırmada kişilik-iş uyumunun iş doyumunu üzerindeki belirgin ve doğrudan olumlu etkisini göstermiştir (87). Araştırmacılar kişiliğe ve değerlere uygun işlerde çalışanların, mesleklerini anlamlı buldukları ve daha yüksek içsel doyum yaşadıklarını rapor etmiştir. Sunulan çalışma ise mesleğini kişiliğine uygun bulmanın yalnızca iş doyumunu değil, aynı zamanda çalışma yaşam kalitesinin duygusal ve bilişsel bileşenlerini de olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur.

Literatürde, çalışma yaşam kalitesi ile yaşamdan memnuniyet ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. COVID-19 pandemisi döneminde hekimlerle tükenmişlik ve yaşam kalitesi inceleyen bir araştırmada, yaşam kalitesi arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarının ise yükseldiği bildirilmiştir (88). Benzer biçimde, başka bir çalışmada düşük yaşam kalitesine sahip katılımcıların tamamında tükenmişlik saptanırken, en yüksek yaşam kalitesine sahip grupta bu oran %57’ye düşmüştür (89). Çin’de hemşirelerle yapılan bir araştırmada yaşam doyumunu yüksek olan hemşirelerde mesleki tatminin yüksek, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun düşük olduğu belirlenmiştir (90). Bu bulgular, yaşamdan memnuniyet ve yaşam doyumunu kavramlarının öznel iyi oluşun bilişsel boyutunu yansıttığını ve profesyonel yaşam kalitesi üzerinde koruyucu bir etkisi bulunduğunu göstermektedir. Bu araştırmada da yaşamdan memnun olan ve yaşam kalitesini

iyi olarak deęerlendiren aile hekimlerinin, daha dūşük tūkenmiřlik ve eřduyum yorgunluęuna; buna karřılık daha yūksel mesleki tatmin dūzeyine sahip olduęu saptanmıřtır. Hekimlik pratięinin yūksel sorumluluk gerektiren ve duygusal açıdan yoęun yapısı dikkate alındıęında, yařam doyumunun artmasının tūkenmiřlik belirtilerini hafifletip mesleki tatmini gūçlendirmesi, çalıřma yařamına daha sūrdūrūlebilir ve dengeli bir řekilde devam edilmesine katkı saęlayabilir.

Elde edilen verilere gōre aile hekimlięi uzmanlık eęitim sūresi ve toplam hizmet yılı arttıkça tūkenmiřlięin arttıęı saptandı. Literatūrde bu bulguyla paralel sonuçlar sınırlıdır. Portekiz’de hekim ve hemřirelerle yūrūtūlen bir çalıřmada, beř yıldan az deneyimi olanlarda tūkenmiřlik dūřuk, beř-on yıl arası olanlarda ise belirgin biçimde yūksel bulunmuřtur (91). Aile hekimlerinde yapılan bir arařtırmada meslekte geçirilen sūre arttıkça eř duyum yorgunluęu ve tūkenmiřlięin arttıęı, mesleki tatminin azaldıęı bulunmuřtur (61). Buna karřılık, Vietnam’da on yıldan fazla deneyime sahip saęlık alıřanlarında tūkenmiřlik azalırken mesleki tatminin yūkseldięi rapor edilmiřtir (69). Aile hekimlięi pratięinde hizmet yılındaki artıřa eřlik eden tūkenmiřlik artıřının, birinci basamak hizmetlerin sūreklilik ve yoęunluk gerektiren doęasıyla iliřkili olduęu dūřūnūlebilir. Aynı hasta grubuyla uzun yıllar çalıřmak ve artan bařvuru yūkūnū karřılamak, duygusal yıpranmayı zamanla derinleřtirebilmektedir. Ayrıca uzmanlık eęitimi sūresi uzun olan aile hekimlięi arařtırma gōrevlilerinin (SAHU grubu) hem akademik sorumlulukları hem de birinci basamak hizmet sunumunu eř zamanlı yūrūtmeleri, tūkenmiřlięi artıran ek bir baskı oluřturabilmektedir. Bu durum, hizmet yılı arttıkça tūkenmiřlięin yūkselmesi bulgusunun aile hekimlięi alanına ōzgū ōnemli bir sonucu olarak deęerlendirilebilir.

Arařtırma bulguları, aile hekimlerinde gūnlūk bakılan hasta sayısındaki artıřın tūkenmiřlięi artırdıęını ancak eřduyum yorgunluęu ve mesleki tatmin ūzerinde anlamlı bir etkisinin olmadıęını gōstermektedir. Literatūrde de aile hekimlerinin hasta sayısının artmasıyla birlikte tūkenmiřlik ve eřduyum yorgunluklarının arttıęı, mesleki tatminlerinin ise azaldıęı bildirilmiřtir (61). Tam tersine ūūncū basamak hastanelerde gōrev yapan hekimlerde hasta sayısı artıřının mesleki tatmini artırdıęı, tūkenmiřlięi azalttıęı rapor edilmiřtir (64). Bu farkın, hekimlik alanlarının yapısal ōzelliklerinden kaynaklandıęı dūřūnūlebilir. Dolayısıyla, hasta yūkūnūn mesleki tatmin, eř duyum yorgunluęu, tūkenmiřlik ūzerindeki etkisi yalnızca gūnlūk bakılan hasta sayısının fazlalıęıyla açıklanamaz. Aile hekimlięinde hasta profilinin būyūk ōlūde benzer olması ve vaka çeřitlilięinin sınırlı kalması, zamanla motivasyon kaybı ve

duygusal yıpranmaya yol açabilmektedir. Buna karşılık, diğer uzmanlık alanlarında daha geniş ve değişken bir klinik yelpazeye çalışmak, teknik olanakların çeşitliliği ve başarıya yönelik geri bildirimlerin daha görünür olması, mesleki tatmini destekleyen bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın bulguları, aile hekimlerinin diğer branşlara göre daha sınırlı çeşitlilik ve daha yoğun idari yük altında çalışmasının tükenmişliği artıran bir etken olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, kurum içi sosyal faaliyetlerin bulunduğu ve bu etkinliklere aktif olarak katılan hekimlerin mesleki tatminlerinin daha yüksek, buna karşılık tükenmişlik ve eşduyum yorgunluklarının daha düşük olduğu belirlendi. Benzer biçimde, Gibbons ve ark. (2025) sosyal ilişkiler ve çevresel yaşam kalitesi yüksek olan acil tıp hekimlerinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin azaldığını, kişisel başarı algısının ise yükseldiğini bildirmiştir (89). Benzer şekilde Ruiz-Fernández ve ark. (2021) acil servis hemşirelerinde, algılanan sosyal destek arttıkça mesleki tatminin anlamlı biçimde arttığını, buna karşılık tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin azaldığını göstermiştir (92). Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, kurum içi sosyal etkileşimlerin, arkadaşlık ilişkilerinin ve destekleyici sosyal ortamların sağlık çalışanlarının duygusal dayanıklılığını güçlendirdiği, çalışma yaşam kalitesini artırarak tükenmişlik riskini azalttığı söylenebilir. Aile sağlığı merkezlerinde çalışma ortamının yalnızca iş yükü açısından değil, sosyal paylaşım ve meslektaş desteği bakımından da zenginleştirilmesi, hekimlerin uzun vadede mesleki motivasyonunu ve duygusal iyi oluşunu koruyabilir.

Araştırma verilerine göre çalışılan yerde düzenli toplantı yapılması ve toplantılara katılımın artması, aile hekimlerinin mesleki tatminlerini artırırken tükenmişlik ve eşduyum yorgunluklarını azaltmıştı. Bu bulgu, literatürde örgütsel desteğin mesleki tatmini güçlendirirken tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu azaltıcı etkisini gösteren çalışmalarla tutarlıdır (93, 94). Düzenli kurum içi toplantılar, çalışanların karar süreçlerine katılımını, görüşlerinin dikkate alınmasını ve kurum tarafından desteklendiklerini hissetmelerini sağlar. Bu yönüyle toplantı sıklığı ve katılımı, örgütsel desteğin davranışsal bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu araştırma, toplantı sıklığı ve katılımının mesleki tatmin, tükenmişlik, eşduyum yorgunluğuyla ilişkisinin yerel düzeyde incelendiği nadir çalışmalardan biridir. Bulgular, kurumsal iletişimin ve katılımcı yönetim anlayışının güçlendirilmesinin, hekimlerin çalışma yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir koruyucu unsur olduğunu göstermektedir.

Çalışmadaki çok da şaşırtıcı olmayan bir bulgu da mesleği bırakmak isteyenlerle kurumdan ayrılma düşüncesi olanlarda mesleki tatminin düşük eş duyum yorgunluğu ve tükenmişliğin yüksek bulunmasıydı. Benzer şekilde hemşirelerde de mesleki tatmin arttıkça işten ayrılma düşüncesi azalmış, işten ayrılma düşüncesi olanlarda eş duyum yorgunluğu ve tükenmişlik yüksek bulunmuştur (95). Choi ve Lee (2017) Kore’de hemşirelerde, düşük mesleki tatmin, yüksek tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun meslekten ayrılma niyetinin en güçlü yordayıcıları olarak saptamıştır (96). Aminihajibashi ve ark. (2024), ruh sağlığı terapistlerinde tükenmişlik ve ikincil travmatik stres düzeylerinin işten ayrılma niyetiyle pozitif, mesleki tatminin ise negatif ilişkili olduğunu bildirmiştir. İlâveten araştırmacılar kurumsal toplantı sıklığı ve katılımının artması, mesleki tatmini güçlendirerek tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu azalttığını; bu durumun da ayrılma niyetini azaltıcı yönde olduğunu bildirmiştir (97). Bu, mesleki tatminin azalmasının ve tükenmişliğin artmasının hekimlerde meslekten ayrılma düşüncesini güçlendirdiğini göstermektedir. Kurumsal destek ve motivasyon artırıcı yaklaşımların güçlendirilmesi ile iş yükü dengesinin sağlanmasının gerekliliğine işaret etmesi açısından önemli bir bulgu olduğu kanaatindeyiz.

Bu çalışmanın da kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle veriler katılımcıların kendi beyanlarına dayanarak toplandığı için, yanıtlar bireysel algılar, sosyal beğenilme eğilimi veya anlık ruhsal durum gibi etkenlerden etkilenmiş olabilir. Araştırma Konya ilinde görev yapan sınırlı sayıda aile hekimi ve aile hekimliği araştırma görevlisini kapsamaktadır. Bu nedenle, sonuçların tüm aile hekimlerine genellenmesi dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca bazı alt gruplardaki katılımcı sayısının az olması, yapılan istatistiksel analizlerdeki olası farklılıkların saptanmasını güçleştirmiş olabilir. Bu çalışmada literatüre göre ve deneyimlerden yola çıkılarak bazı sosyodemografik ve mesleki özellikler değerlendirilmiş; örgütsel iklim ve bireysel baş etme yöntemleri gibi diğer olası faktörler araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu sınırlılıklar göz önünde bulundurularak, gelecekte farklı bölgelerde yürütülecek, daha büyük örneklemi kapsayan araştırmaların aile hekimlerinde çalışma yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin daha kapsamlı biçimde ortaya koyması mümkün olacaktır.

## 6. SONUÇ

Konya ilinde görev yapan aile hekimleri ve aile hekimliği araştırma görevlilerinin çalışma yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüş bu araştırmada;

- Evli olan hekimlerde tükenmişlik düzeyi bekârlara göre daha yüksek bulundu.
- Çocuğu olanların tükenmişlik düzeyi, çocuğu olmayanlara göre anlamlı biçimde yüksekti.
- Geliri giderinden fazla olanların tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri daha düşük, mesleki tatminleri daha yüksekti.
- Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri daha yüksekti.
- Sigara kullanan hekimlerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri yüksek, mesleki tatmin düzeyleri düşüktü.
- Düzenli fiziksel aktivite yapan hekimlerde tükenmişlik düzeyi anlamlı biçimde daha düşük, mesleki tatmin düzeyi daha yüksek bulundu.
- Aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, üniversite hastanesi ve toplum sağlığı merkezinde çalışanlara göre daha yüksekti.
- Kurum türüne göre mesleki tatmin puanları arasında genel düzeyde anlamlı bir farklılık görülümüş; ancak post-hoc karşılaştırmalar, bu farklılığın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını göstermedi.
- Depresyon şüphesi olan hekimlerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri yüksek, mesleki tatmin düzeyleri düşüktü.
- Mesleğini kişiliğine uygun bulan hekimlerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düşük, mesleki tatmin yüksek bulundu.
- Yaşam kalitesini kötü olarak değerlendiren hekimlerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri yüksek, mesleki tatmin düşük saptandı.
- Yaşamdan memnun olmayan katılımcılarda tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu yüksek, mesleki tatmin düşüktü.
- Yaş, hizmet yılı, uzmanlık eğitim süresi ve günde bakılan hasta sayısı arttıkça tükenmişlik düzeyi anlamlı biçimde yükselmişti.
- Kurumunda sosyal aktivitelerin ve toplantıların her zaman yapıldığını belirtenlerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düşük, mesleki tatmin yüksek bulundu.

- Mevcut kurumdan ayrılma veya mesleği bırakma düşüncesi olanlarda tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri anlamlı biçimde yüksek, mesleki tatmin düzeyleri düşüktü.

## 7.ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak için aile hekimliği sisteminde hem çalışma koşullarını iyileştiren hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliğini güçlendiren düzenlemelere öncelik verilmelidir. Aile hekimlerinin mesleki doyumunu ve ruhsal dayanıklılığını desteklemek amacıyla iş yükü dengelenmeli, idari süreçler sadeleştirilmeli ve klinik hizmetlere ayrılan zaman artırılmalıdır. Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan doktorların performans değerlendirmeleri yalnızca sayısal hedeflere değil, koruyucu hizmetlerin kalitesi, hasta eğitimi ve toplum sağlığına katkı gibi niteliksel ölçütlere dayandırılmalıdır.

Aile hekimlerinin ruhsal iyi oluşunu korumak için kurumsal düzeyde psikososyal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Düzenli mesleki rehberlik, stresle baş etme ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler ile gizlilik esasına dayalı danışmanlık ve grup paylaşım oturumlarının sağlanması, ruhsal dayanıklılığı destekleyerek tükenmişlik düzeylerini azaltabilir. Ayrıca ekip temelli çalışma kültürünün yaygınlaştırılması, meslektaş desteğini ve dayanışmayı güçlendirecektir.

Birinci basamak hizmetlerin niteliğini artırmak için ASM'lerin fiziksel, teknik ve personel kapasitesinin geliştirilmesi önemlidir. Özellikle kırsal bölgelerde muayene alanlarının, yardımcı sağlık personeli desteğinin ve dijital sistemlerin iyileştirilmesi hem hizmet kalitesini hem de çalışan memnuniyetini artıracaktır. Bürokratik yükün azaltılması ve dijital kayıt sistemlerinin sadeleştirilmesi, hekimlerin hasta bakımına daha fazla odaklanmasına olanak sağlayacaktır. Kırsal bölgelerde çalışan hekimlere yönelik ek teşvikler, barınma ve eğitim destekleri sağlanması, bölgesel eşitsizliklerin azaltılmasına katkı sağlayacaktır. İş-yaşam dengesini koruyan nöbet, izin ve görev planlamalarının yapılması; adil ücretlendirme ve görev dağılımının sağlanması da mesleki tatminin sürdürülmesi açısından önemlidir.

Ulusal düzeyde ise, aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi için çalışan odaklı, sürdürülebilir politikalar geliştirilmelidir. Performans sistemi yalnızca niceliksel hedeflerle değil, hizmetin niteliğini ve sürekliliğini yansıtan ölçütlerle yeniden yapılandırılmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin iş birliğiyle aile hekimlerine yönelik sürekli mesleki gelişim ve ruhsal destek programları oluşturulmalı; stres yönetimi, öz bakım ve empatik iletişim konuları bu eğitimlere dâhil edilmelidir. Ayrıca aile hekimlerinin görüş ve önerilerinin düzenli biçimde

alınabileceği ulusal bir izleme–değerlendirme mekanizmasının kurulması, sahadaki ihtiyaçların politikalara yansıtılmasını kolaylaştıracaktır.

Sonuç olarak, aile hekimlerinin çalışma yaşam kalitesinin, ruhsal dayanıklılığının ve mesleki tatmininin güçlendirilmesi yalnızca bireysel iyi oluş açısından değil, toplumun sağlık düzeyinin korunması açısından da stratejik bir gerekliliktir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısı, insan odaklı, koruyucu hizmetleri önceleyen ve çalışan refahını gözeten politikaların kararlılıkla uygulanmasına bağlıdır.

## 8.KAYNAKLAR

1. Karaoğlu N, Doğan Ü. The Opinions of Family Medicine Residents about Education and Working Conditions in Turkey. *Konuralp Medical Journal*. 2022;14(2):309-16.
2. Ozvurmaz S, Aktaş G. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2019;2(3):14-8.
3. Theorell T. Changing society: changing role of doctors. The stresses must not be allowed to get too great. *Bmj*. 2000;320(7247):1417-8.
4. Mujchin IG. Quality of Life of the Health Care Workers in the Pre-Retirement Period from the Private Sector of the Primary Health Care from the Skopje Region. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015;3(3):514-20.
5. Pyo J, Ock M, Park B, Kim NE, Choi EJ, Park H, et al. Meaning and Status of Health-related Quality of Life Recognized by Medical Professionals: a Qualitative Study. *J Korean Med Sci*. 2021;36(3):e20.
6. Rink LC, Oyesanya TO, Adair KC, Humphreys JC, Silva SG, Sexton JB. Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis. *Glob Qual Nurs Res*. 2023;10:23333936231161127.
7. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Quality of Life and Effective Variables Among Health Care Professionals. *J Psy Nurs*. 2011;2(2):61-8.
8. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016;34(7):645-9.
9. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2(2):153-9.
10. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
11. Aydemir M, Bayram Arlı N. Yaşam Kalitesini Açıklamada Sosyal Dışlanma ve Yaşam Tatminin Rolü. *International Journal of Social Inquiry*. 2020;13(2):447-63.
12. Rahman T, Mittelhammer R, Wandschneider P. Measuring the Quality of Life across Countries: A Sensitivity Analysis of Well-being Indices. *World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER), Working Papers*. 2005.
13. Demirbilek S, Türkan UÖ. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 2008;10(1):47-67.
14. Trist EL, Bamforth KW. Some Social and Psychological Consequences of the Longwall Method of Coal-Getting. *Human Relations*. 1951;4:3 - 38.
15. Arısoy B. Çalışma Hayatı Kalitesinin Çalışanlar Açısından Değerlendirilmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2025;14(2):636-56.
16. Demir M. İşgörenlerin Çalışma Yaşam Kalitesi Algılamalarının İşte Kalma Niyeti ve İşe Devamsızlık ile İlişkisi. *Ege Akademik Bakış (Ege Academic Review)*. 2011;11(3):453-.
17. Çatak T, Bahçecik N. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2015;5(2):85-95.
18. Saraji GNaD, H. Study of quality of work life (QWL). *Iranian Journal of Public Health*. 2012;41(2):8-14.
19. Saygılı M, Avcı K, Sönmez S. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesine İlişkin Bir Değerlendirme: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2016;52:437-51.

20. Deniz S, Çimen M, Erkoç B, Yüksel O, Öksüz M. Hastane Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesi Algısına Yönelik Bir Araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi*. 2018;6(2):61-73.
21. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs*. 2007;60(3):325-33.
22. Pehlivan T, Güner P. Compassion fatigue: The known and unknown. *J Psy Nurs*. 2018;9(2):129-34.
23. Karaoglu N, Pekcan S, Durduran Y, Mergen H, Odabasi D, Ors R. A sample of paediatric residents' loneliness-anxiety-depression-burnout and job satisfaction with probable affecting factors. *J Pak Med Assoc*. 2015;65(2):183-91.
24. Sevimli F, İşcan ÖF. *Ege Academic Review*. 2005;5(1):55-64.
25. Hoppock RaS, Samuel. Job Satisfaction: Researches of 1935-1937. *Occupations: The Vocational Guidance Journal*. 1938;16(7):636-43.
26. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD, editor. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago (IL): Rand MacNally College Publishing Company; 1976. p. 1297-349.
27. Herzberg F. *Motivation to work*: Routledge; 2017.
28. Bride B, Radey M, Figley C. Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*. 2007;35:155-63.
29. Tan M, Özçakar N, Kartal M. Asistan Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kapsamında Mesleki Memnuniyetleri ve Yaşam Koşulları ile İlişkisi. *Marmara Medical Journal*. 2015;25(1):20-5.
30. Scheepers RA, Boerebach BC, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KM. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *Int J Behav Med*. 2015;22(6):683-98.
31. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Applied Nursing Research*. 2017;34:40-7.
32. Bakanlığı TCS. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. In: AKDAĞ PDR, editor. 25 ed. Ankara2010. p. 41-2
33. Benli A, Yenihan B, Öner M. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2016;14(27):415-31.
34. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974;30:159-65.
35. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009;14(3):204-20.
36. Brand S, Holsboer-Trachsler E. [The burnout syndrome--an overview]. *Ther Umsch*. 2010;67(11):561-5.
37. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
38. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory: Manual: Consulting Psychologists Press; 1986*.
39. Maslach C, Zimbardo PG. *Burnout : the cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.; 1982.
40. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015;0(32):21-46.
41. Demerouti E, Sanz Vergel A. Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2014;1.
42. Maslach C, Leiter M. Burnout. 2007. p. 358-62.

43. Lu M, Zhang F, Tang X, Wang L, Zan J, Zhu Y, et al. Do type A personality and neuroticism moderate the relationships of occupational stressors, job satisfaction and burnout among Chinese older nurses? A cross-sectional survey. *BMC Nurs.* 2022;21(1):88.
44. Özçiftçi S, Üstün Ç. Hekimin Tükenmişliği Hakkında Anımsanan Bir Kitap ve Tavsiyeler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.* 2021;11(2):193-4.
45. Macaron MM, Segun-Omosehin OA, Matar RH, Beran A, Nakanishi H, Than CA, et al. A systematic review and meta analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis. *Front Psychiatry.* 2022;13:1071397.
46. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018;283(6):516-29.
47. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing.* 1992;22(4):116, 8-9, 20.
48. Hiçdurmaz D, İnci F. Compassion Fatigue: Description, Causes and Prevention. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry.* 2014;7:1.
49. Yeşil A, Ümit E, Cumhuri A, Fatih ER, Olgun N, Aker A. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Professional Quality of Life Scale. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2010;47.
50. Figley C. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion Fatigue.* 1995;1.
51. Coetsee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sci.* 2010;12(2):235-43.
52. Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2018;53(4):466-80.
53. Keidel GC. Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Hosp Palliat Care.* 2002;19(3):200-5.
54. Garnett A, Hui L, Oleynikov C, Boamah S. Compassion fatigue in healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):1336.
55. Ye Q, Zhong X, Zhou Q, Liu H, Li G. Empathy fatigue among physicians and its influencing factors: a cross-sectional survey from Southwest China. *BMC Psychiatry.* 2024;24(1):780.
56. Ma H, Huang SQ, We B, Zhong Y. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and depression among emergency department physicians and nurses: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2022;12(4):e055941.
57. Özgünay ŞE, Eminoğlu Ş, Önen S, Gürbüz H, Kılıçarslan N, Karasu D, et al. COVID-19 pandemisinde anestezi ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında merhamet ve kronik yorgunluk: Bir tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim.* 2022;20(3):89-96.
58. Cingi CC, Eroğlu E. Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu. *Osmangazi Tıp Dergisi.* 2019;41(1):58-71.
59. Stamm BH. Professional quality of life scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2005.
60. Düzgün A. Onkoloji alanında çalışan hekimler ile dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik sendromu açısından karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]: Hacettepe Üniversitesi; 2009.
61. Račić M, Virijević A, Ivković N, Joksimović BN, Joksimović VR, Mijovic B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among family physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Int J Occup Saf Ergon.* 2019;25(4):630-7.

62. El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Isr J Health Policy Res.* 2013;2(1):31.
63. Ghazanfar H, Chaudhry MT, Asar ZU, Zahid U. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue in Cardiac Physicians Working in Tertiary Care Cardiac Hospitals in Pakistan. *Cureus.* 2018;10(10):e3416.
64. Abdelhadi Ibrahim B, Mostafa M, Hussein SM. Professional quality of life among physicians of tertiary care hospitals: An Egyptian cross-sectional study. *J Public Health Res.* 2021;11(2).
65. Demirbilek Ö, Uzman E. 112 Acil Sağlık Çalışanları Arasında Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişlik - Kayseri ili örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2021;10(1):56-69.
66. Assadpour N, Alazmani-noodeh F, Baniyaghoobi F, Shafiei Kisomi Z, Bahrami M, Ghasemnegad SM, et al. Factors influencing quality of professional life and perceived bullying among medical residents in Iran. *BMC Medical Education.* 2025;25(1):217.
67. Kaur A, Sharma MP, Chaturvedi SK. Professional Quality of Life among Professional Care Providers at Cancer Palliative Care Centers in Bengaluru, India. *Indian J Palliat Care.* 2018;24(2):167-72.
68. Bazmandegan G, Kamiab Z, Nasab M, Khaloobagheri E, Zinaddini M, Movahedi F, et al. The Association between Professional Quality of Life, Occupational Burnout, Depression, Anxiety, and Stress among Iranian Nurses (2019). 2022;11:83-90.
69. Tran ANP, To QG, Huynh VN, Le KM, To KG. Professional quality of life and its associated factors among Vietnamese doctors and nurses. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):924.
70. Wang J, Okoli CTC, He H, Feng F, Li J, Zhuang L, et al. Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2020;102:103472.
71. Almadani AH, Alenezi S, Algazlan MS, Alrabiah ES, Alharbi RA, Alkhamis AS, et al. Prevalence and Predictive Factors of Compassion Fatigue among Healthcare Workers in Saudi Arabia: Implications for Well-Being and Support. *Healthcare (Basel).* 2023;11(15).
72. Haik J, Brown S, Liran A, Visentin D, Sokolov A, Zilinsky I, et al. Burnout and compassion fatigue: prevalence and associations among Israeli burn clinicians. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:1533-40.
73. Dilmaghani RB, Armoon B, Moghaddam LF. Work-family conflict and the professional quality of life and their sociodemographic characteristics among nurses: a cross-sectional study in Tehran, Iran. *BMC Nurs.* 2022;21(1):289.
74. Adolfo CS. Predictors of professional quality of life among nurses—A cross sectional study. *International Journal of Advanced and Applied Sciences.* 2021;8(2):44-53.
75. Yin J, Zhao L, Zhang N, Xia H. Understanding the interplay of compassion fatigue and moral resilience on moral distress in ICU nurses: a cross-sectional study. *Front Public Health.* 2024;12:1402532.
76. Çeleğin İ, Çetin Dağlı S. Factors Related to Levels of Burnout and Job Satisfaction in Family Physicians (Cross-sectional Research). *Genel Tıp Dergisi.* 2024;34(3):296-300.
77. Arpacioğlu S, Gurler M, Cakiroğlu S. Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *Int J Soc Psychiatry.* 2021;67(1):84-9.

78. Mannethodi K, Joy GV, Singh K, Pitiquen EE, Chaabna N, Kunjavara J, et al. Exploring the link between physical activity and professional quality of life among nurses: a cross-sectional study in Qatar. *BMC Nurs.* 2025;24(1):325.
79. Baikoglu S. The effect of physical activity on healthcare professionals' work motivation and burnout levels during the covid-19 pandemic: An Istanbul example. *African Educational Research Journal.* 2020;8:674-80.
80. Tušek Bunc K, Uplaznik J, Selič-Zupančič P. A Cross-Sectional Study on Physical Activity and Burnout among Family Physicians in Slovenia during the First Year of the COVID-19 Pandemic: Are the Results Alarming Enough to Convince Decision-Makers to Support Family Medicine? *Healthcare (Basel).* 2023;12(1).
81. Romero-Carazas R, Almanza-Cabe RB, Valero-Ancco VN, Espiritu-Martínez AP, Espinoza-Casco RJ, Garro-Aburto LL, et al. Burnout and Physical Activity as Predictors of Job Satisfaction Among Peruvian Nurses: The Job Demands-Resources Theory. *J Prim Care Community Health.* 2024;15:21501319241256265.
82. Ward ZD, Morgan ZJ, Peterson LE. Family Physician Burnout Does Not Differ With Rurality. *J Rural Health.* 2021;37(4):755-61.
83. Woolcock SC, Patterson DG, Dunn JA, Peterson LE, Andrilla CHA. Rural and urban differences in family physician burnout before and during the COVID-19 pandemic. *J Rural Health.* 2025;41(3):e70051.
84. Hogue A, Huntington MK. Family Physician Burnout Rates in Rural versus Metropolitan Areas: A Pilot Study. *S D Med.* 2019;72(7):306-8.
85. Zhang X, Lun B, Ge H, Qu L. Correlations among the nursing work environment, traumatic stress, and professional quality of life in Chinese midwives: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2025;20(10):e0328686.
86. Varrasi S, Guerrera CS, Platania GA, Castellano S, Pirrone C, Caponnetto P, et al. Professional quality of life and psychopathological symptoms among first-line healthcare workers facing COVID-19 pandemic: an exploratory study in an Italian southern hospital. *Health Psychol Res.* 2023;11:67961.
87. Xiao Y, Dong M, Shi C, Zeng W, Shao Z, Xie H, et al. Person-environment fit and medical professionals' job satisfaction, turnover intention, and professional efficacy: A cross-sectional study in Shanghai. *PLoS One.* 2021;16(4):e0250693.
88. Chalhub R, Menezes MS, Aguiar CVN, Santos-Lins LS, Netto EM, Brites C, et al. Anxiety, health-related quality of life, and symptoms of burnout in frontline physicians during the COVID-19 pandemic. *Braz J Infect Dis.* 2021;25(5):101618.
89. Gibbons GM, Bland HW, Aslakson A, Melton B. Understanding the Relationship Between Burnout, Quality of Life, and Career Intentions in Emergency Medicine. *Am J Lifestyle Med.* 2025:15598276251348408.
90. Yuan T, Ren H, Liang L, Li H, Liu K, Qing Y, et al. Professional quality of life profiles and its associations with turnover intention and life satisfaction among nurses: a prospective longitudinal study. *BMC Psychol.* 2024;12(1):603.
91. Serrão C, Martins V, Ribeiro C, Maia P, Pinho R, Teixeira A, et al. Professional Quality of Life Among Physicians and Nurses Working in Portuguese Hospitals During the Third Wave of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol.* 2022;13:814109.
92. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibañez-Masero O, Sánchez-Ruiz MJ, Fernández-Leyva A, Ortega-Galán ÁM. Perceived health, perceived social support and professional quality of life in hospital emergency nurses. *International Emergency Nursing.* 2021;59:101079.

93. Xu S, Ju D, Chen Y, Wu M, Wang L, Xi X, et al. Analysis of the correlation between clinical nurses' professional quality of life and family care and organizational support. *Front Public Health*. 2023;11:1108603.
94. Zheng J, Feng S, Gao R, Gong X, Ji X, Li Y, et al. The relationship between organizational support, professional quality of life, decent work, and professional well-being among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2024;23(1):425.
95. Wei H, Cao Y, Carroll Q, Wei A, Richardson S, Nwokocha T, et al. Nursing Work Engagement, Professional Quality of Life, and Intent to Leave: A Structural Equation Modeling Pathway Analysis. *J Nurs Res*. 2024;32(5):e345.
96. Choi SH, Lee H. Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *J Nurs Manag*. 2017;25(7):508-18.
97. Aminihajibashi S, Jensen TK, Skar AS. Exploring key job demands and resources in Norwegian child mental health services: a cross-sectional study of associations with and relationship between compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress and turnover intention. *Front Public Health*. 2024;12:1304345.

## 9. EKLER

### EK-1. Etik Kurul Onay Formu

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:202

Toplantı Tarihi: 19 Temmuz 2024

**Karar Sayısı:2024/5110:**(Başvuru ID: 20461) N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'ın "Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Arş. Gör. Dr. Şerife Nur PAMPU'nun uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

**Not:** Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

**Sorumlu Araştırmacı:** Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ

**Yardımcı Araştırmacılar:** Arş. Gör. Dr. Şerife Nur PAMPU, Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU



**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU**  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

### Aile hekimleri ve Aile hekimliği Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Değerli meslektaşım;

Aşağıda size yöneltilen sorular aile hekimliği araştırma görevlilerinin çalışma yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri araştırmayı amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. Ankete isminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak veya kutucukları işaretleyerek yanıtlayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

**1-Yaşınız:** .....

**2-Cinsiyetiniz:**  Erkek  Kadın

**3-Medeni durumunuz:**  Evli  Bekâr

**4-Çocuğunuz var mı?**  Evet  Hayır

**5-Ekonomik durumunuzu nasıl tariflersiniz?**

Geliri giderinden fazla Geliri giderine eşit Geliri giderken az

**6-Kronik hastalığınız var mı?**

Evet Hayır (Cevabınız evetse eğer lütfen belirtiniz:.....)

**7-Doktor tarafından reçete edilen sürekli kullandığınız ilacınız var mı?**

Evet Hayır

**8-Sigara kullanıyor musunuz?**

Evet, kullanıyorum  Hayır, hiç kullanmadım  Kullanıyordum bıraktım

**9-Fiziksel aktivite yapıyor musunuz?**

( ) Evet; haftada en az 3-5 gün, 30-50 dakikalık aktivite (Yürüme, koşma, yüzme, dans, bisiklete

binme vs.)

( ) Evet; haftada 2 günden az, 30-50 dakikalık aktivite (Yürüme, koşma, yüzme, dans, bisiklete

binme vs.)

( ) Hayır

**10-Şu an çalışmakta olduğunuz kurum?**

Aile Sağlığı Merkezi

Üniversite Hastanesi

Devlet Hastanesi

Entegre Hastanesi

Toplum Sağlığı Merkezi

**11-Şu an yaşadığınız yer?**  İl merkezi  İlçe  Köy/kasaba

**12-Aşağıdakilerden hangisi durumunuzu tanımlar?**

Aile Hekimliği Uzmanı

Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi (AHU)

Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi (SAHU)

Pratisyen Aile Hekimi

**13-Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alıyorsanız kaçınıcı yılınız? ...**

**14-Hekimlikte toplam hizmet yılınız? ...**

**15-Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz? ...**

**16-Nöbet tutuyor musunuz?( mavi kod, adli, acil servis veya diğer servis nöbetleri vb.)**

Evet Hayır

**17-Nöbet tutuyorsanız ayda kaç saat nöbet tutuyorsunuz? ...**

**Lütfen arka sayfaya geçiniz.....**

	<b>Her zaman</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiçbir zaman</b>
<b>18-Çalıştığınız kurum içinde sosyal aktiviteler yapılır mı?</b>				
<b>19- Sosyal aktiviteler yapılıyorsa siz katılır mısınız?</b>				
<b>20- Bölüm içindeki sorunların konuşulduğu toplantılar yapılır mı?</b>				
<b>21-Toplantılar yapılıyorsa siz katılır mısınız?</b>				
<b>22-Çalıştığınız mevcut kurumdan ayrılmayı düşünüyor musunuz?</b>				
<b>23-Hekimlik mesleğini bırakmayı düşünüyor musunuz?</b>				

**24-Sizce hekimlik mesleği kişiliğinize uygun mu?**

Kesinlikle uygun Uygun Emin değilim Uygun değil Kesinlikle uygun değil

**25-Son iki hafta içerisinde kendinizi umutsuz, çökkün hissettiniz mi?**

Evet Hayır

**26-Son iki hafta içerisinde ilgi azalması var mı?**

Evet Hayır

**27-Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

**28- Yaşamdan memnuniyet düzeyiniz?**

Çok memnunum Memnunum Kararsızım Memnun değilim Hiç memnun değilim



## ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temas etmemizi sağlar. Duyulan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. **GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ** duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı, aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.

Lütfen aşağıda verilen ifadeler için size göre uygun olanını işaretleyiniz.

0=Hiçbir zaman 1=Nadiren 2= Bazı zamanlar 3=Sıkça 4=Sık Sık 5=Her zaman	0	1	2	3	4	5
1.Kendimi mutlu hissediyorum.						
2.Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.						
3.İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.						
4.Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.						
5.Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum.						
6.Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.						
7.Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.						
8.Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.						
9.Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.						
10.Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.						
11.Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.						
12.İşimi seviyorum.						
13.Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.						
14.Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.						
15.Bana güç veren inançlarım var.						
16.Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.						
17.Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.						

18.İşim beni tatmin ediyor.						
19.Kendimi tükenmiş hissediyorum.						
20.Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.						
21.Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.						
22.İşimde yaptıklarımın bir fark yaratabileceğime inanıyorum.						
23.Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.						
24.Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.						
25.Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.						
26.Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.						
27.Yardım eden olarak kendimi “ başarılı” hissediyorum.						
28.Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.						
29.Çok hassas bir insanım.						
30.Bu işi seçtiğim için mutluyum.						