

Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler

Burnout among family physicians and its associated factors

Zeynep Baykan¹, Fevziye Çetinkaya², Melis Naçar¹, Alper Kaya³, M. Ümit Işıldak³

Özet

Giriş ve amaç: Bu çalışma aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini ve buna etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırma Kayseri il merkezinde çalışan aile hekimleri arasında 2013 yılında yapılmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. İl merkezinde görev yapmakta olan 280 aile hekiminin tamamı araştırma kapsamına alınmış ve 143 aile hekimine (%51,1) ulaşılmıştır. Hekimlere 24 sorudan ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden oluşan bir anket uygulanmıştır. Araştırma için Erciyes Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin mesleklerinde çalışmakta oldukları yıl ortalaması $19,0 \pm 5,4$ yıldır. Katılımcı hekimlerin %83,9'u aile hekimliğine geçildiği günden beri uygulamanın içinde yer almaktaydı. Yüzde 53,2'si aile hekimliğinin kendileri için çok uygun/uygun olduğunu belirtmişti. Aile hekimlerinin ortalama duygusal tükenme puanları $16,1 \pm 7,2$, duyarsızlaşma puanları $4,3 \pm 3,2$ ve kişisel başarı puanları $21,0 \pm 3,7$ idi. Cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve tanı konulmuş bir sağlık problemlerinin varlığına göre tükenmişlik puanları arasında fark yoktu ($p > 0,05$). İş yükünün ve iş stresinin arttığını ifade edenlerle çalışma ortamından memnun olmayanlarda duygusal tükenmişlik ($p < 0,001$), duyarsızlaşma ($p < 0,05$) ve toplam tükenmişlik ($p < 0,001$) puanları daha yüksekti ($p < 0,001$). Aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu ifade edenlerin ($p = 0,004$), uygulamada yer almaktan memnun olan ($p < 0,001$) ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu düşünen hekimlerin ($p < 0,001$) duygusal tükenmişlik puanları daha düşüktü. Toplam hizmet süresi ile hiç bir tükenmişlik puanı arasında korelasyon saptanmadı ($p > 0,05$). Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon vardı ($p < 0,05$). Duygusal ve toplam tükenmişlik puanlarını etkileyen en önemli iki faktör beklentilerin karşılanması ve iş yükü olarak bulundu.

Sonuç: Aile hekimlerinin büyük bir kısmı aile hekimliği uygulamasının hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü ve stresini, etik yozlaşmayı artırdığını; yarısı sosyal hayatlarına ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanı azalttığını düşünmektedir. Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimi, tükenmişlik, birinci basamak

Summary

Aim: Aim of this study was to determine the rate of burnout among family physicians and to identify the contributing factors behind it.

Material-Methods: This descriptive study was conducted among family physicians working in the city center of Kayseri in 2013. All 280 family physicians who worked in the city center were included in the study and 143 of them participated (51.1%). Physicians were given a questionnaire containing 24 questions and Maslach Burnout Inventory. Study has been approved by the ethics committee of Erciyes University. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean working year of the family physicians was 19.0 ± 5.4 years. Out of 143 physicians, 83.9% were working in family practice since family practitioner scheme was introduced. 53.2% of them stated that being a family physician was very suitable/suitable for them. The mean emotional exhaustion score, depersonalization score and personal accomplishment score were 16.1 ± 7.2 , 4.3 ± 3.2 and 21.0 ± 3.7 . There were no differences between the burnout scores according to gender, marital status and the presence of a diagnosed health problem ($p > 0.05$). The emotional exhaustion ($p < 0.001$), depersonalization ($p < 0.05$) and total exhaustion ($p < 0.001$) scores of the physicians who stated their work load and work stress increased and who were not satisfied with their working place were higher than the others. The emotional burnout scores were lower for the physicians who stated that family medicine was appropriate for them ($p = 0.004$), they were glad to be in the family practice ($p < 0.001$) and their expectations were met ($p < 0.001$). There was no correlation between the total professional years and any burnout score ($p > 0.05$). A low positive correlation was found between the duration of working in the family practice and emotional and total burnout scores ($p < 0.05$). Fulfillment of expectations and workload was found as the two most important factors affecting motional and total burnout scores.

Conclusion: The majority of family physicians have been thinking that family practice has increased the rival between physicians, the work load stress, and ethical degeneration, decreased the time spared for their social life and professional development. A positive correlation has been found between the duration of working in family practice and the emotional and total burnout scores.

Key words: family physician, burnout, primary care

Bu çalışma 27-31 Ekim 2013 tarihinde Antalya' da yapılan 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Doç. Dr.
2) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr.
3) Aile Sağlığı Merkezi, Dr., Kayseri

Gücünü yitirmiş olma, çaba gösterememe durumu” olarak açıklanmakta olan tükenmişlik kavramı, 1974 yılında yazılan bir makale ile literatüre girmiş ve mesleki tehlike olarak nitelendirilmiştir^[1, 2]. Konuyla ilgili çalışmaları ve geliştirdikleri ölçek nedeniyle bu konuda en fazla anılan Maslach ve Jackson ise tükenmişliği “fiziksel bitkinlik, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları yaşayan bireylerde olumsuz benlik kavramının gelişmesiyle beraber bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumları ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir sendrom” olarak tanımlamaktadır^[2]. Tükenmişlik insanlara yardım hizmeti sunan ve duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışan kişilerde daha çok görülmektedir^[3]. Maslach ve Jackson’ın tükenmişlik ölçeği daha çok kişilere hizmet eden meslek grupları için geliştirilmiştir^[4]. Ölçekte tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olarak üç alt boyutta tanımlanmaktadır. Maslach ve Jackson boyutları ayrı ayrı tanımlamış olsalar da boyutların birbiri ile ilişkili olduğunu düşünmektedirler^[2,4,5].

Tükenmişlik bireyi, çalıştığı kurumu ve çevresini olumsuz etkileyen sosyal bir durumdur. Bu konuda yapılan çalışmalar tükenmişliğin iş kaybı, çeşitli toplumsal problemler ve hatta psikiyatrik hastalıklara kadar giden çok ciddi problemlere neden olduğunu göstermektedir^[3]. Tükenmişliği bireysel, sosyal ve işle ilgili pek çok faktör etkilemektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, aile yapısı, sosyal destek düzeyi, iş yükü, çalışma sisteminin yapısı gibi etkenlerin tükenmişliği etkileyen faktörler olduğu çeşitli çalışmalarla tespit edilmiştir^[6, 7].

Özellikle sağlık alanında çalışan kişilerin tükenmişliği, hizmet sundukları özellikli grup nedeni ile ayrı bir öneme sahiptir. Hekimlerin tükenmiş olması, başvurularının ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamalarına neden olabilmekte ve bu da sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir. Çalışmalar sağlık çalışanları içinde tükenmişliğin yoğun olarak yaşandığını bildirmektedir. Hastalarla uğraşmak, yoğun çalışma, iş yükü, aşırı sorumluluk, yetersiz sayı ve nitelikte yardımcı ile çalışma, kendine ve özel hayatına zaman ayıramama, beklentilerin yüksek olması gibi faktörler sağlık alanında çalışanlarda tükenmişliğin nedenleri arasında sayılmaktadır^[8, 9].

2010 yılı sonu itibarıyla ülkemizde birinci basamak sağlık sisteminde köklü bir değişiklik süreci tamamlanmış ve birinci basamakta çalışan hekimlerin görevleri ve çalışma koşulları yeniden tanımlanmıştır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre aile hekimleri “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda sunan; gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti yapan” hekimler olarak tanımlanmaktadır. Bu hekimler tam gün esasına göre ve sözleşmeli personel statüsünde çalışmaktadırlar. Bu yönetmelikle belirlenen çok geniş kapsamlı on dokuz görevi yapmakla yükümlüdürler^[10]. Uygulama başladıktan sonra aile hekimlerinin uygulamayla ilgili düşüncelerini, yaşanan sorunları inceleyen araştırmalar yapılmıştır.

Kayseri ilinde yürütülen bir çalışmada, araştırmaya katılan 325 aile hekiminin yarıya yakını uygulamanın psikolojik durumlarını olumsuz etkilediğini, yine yarısı gelecek için kaygılarının arttığını belirtmiştir. İş yükünün ve iş streslerinin arttığını düşünenlerin oranı da yüksek bulunmuştur^[11]. Mersin ilinde aile hekimliği uygulamasının pratisyen hekimlerin iş yükü, çalışma süresi, yıllık tatil, dinlenme ve hobilere ayırdıkları süre ile aile ilişkilerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir^[12]. Aktaş’ın çalışmasında da aile hekimlerinin çalışma şartları ve özlük haklarıyla ilgili sıkıntılar yaşadıkları görülmektedir^[13].

Bu çalışma Kayseri il merkezinde çalışan aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulamasına geçtikten sonraki beş yıllık süreçte iş yaşamlarında olan değişiklikleri, tükenmişlik düzeylerini ve buna etki eden fak-törleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu anket çalışması 2013 yılı Mayıs ayında Kayseri il merkezinde yapılmıştır. Birinci basamakta görev yapmakta olan 280 aile hekiminin tamamı araştırma kapsamına alınmış, ayrıca örnekleme yapılmamıştır. Çalışma amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formları Kayseri Aile Hekimleri Derneği tarafından il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine ulaştırılmıştır. Anket formlarını aile hekimleri kendileri doldurmuşlardır. Doldurulan anketler araştırmacılar tarafından aile sağlığı merkezlerinden toplanmıştır. Araştırma için Erciyes Üniversitesi’nden etik kurul onayı alınmıştır.

Anket formunda aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerine ve aile hekimliğine ilk geçildiği günden bu güne kadar olan durumu değerlendirmeye yönelik toplam 24 soru yer almıştır. Tükenmişlik düzeyini belirlemek için Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçek 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin ve ark tarafından yapılmıştır^[14]. Ölçekte duygusal tükenmeyi ölçen 9, duyarsızlaşmayı ölçen 5 ve kişisel başarıda düşme hissini ölçen 8 olmak üzere toplamda 22 adet beşli likert tipi (0-4 puan) soru yer almaktadır. Duygusal alt boyut tükenmişliğin içsel boyutudur. Bu boyuttaki tükenmede kişide yorgunluk, duygusal yönden yıpranmış hissetme gibi belirtiler gözlenir. Kişi hizmet verdiği kişilere eskisi kadar sorumlu davranmadığını düşünür ve bu kişi için işe gitmek bir endişe kaynağı olmaya başlar. Duyarsızlaşma alt boyutu ise tükenmişliğin kişilerarası boyutudur. Kişinin hizmet sunduğu bireylere duygusuz davranışlar sergilemesi söz konusudur. Kişi insancılıktan uzaklaşmış, küçümseyen, katı ve kayıtsız bir tutum sergilemeye başlamıştır. Kişisel başarıda düşme hissi alt boyutunda ise kişi kendisini olumsuz değerlendirme eğilimindedir. Kişi kendini yetersiz hisseder, işinde ilerleyemediğini, harcadığı çabanın işe yaramadığını düşünür. Ölçeğin değerlendirmesinde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutlarında puan ne kadar yüksekse, kişisel

başarı hissinde ise puan ne kadar düşükse, o ölçüde tükenmişlik yaşandığı sonucuna ulaşılmaktadır^[2]. Değerlendirme sırasında herhangi bir kesim noktası kullanılmamıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve q-q grafikleri incelenerek ve Shapiro-Wilk testi yapılarak değerlendirilmiştir. Varyans homojenliğine Levene testi ile bakılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi ile normal dağılım göstermeyen değişkenler için Kruskal-Wallis testi ile yapılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar için Tukey ve Siegel-Castellan testleri uygulanmıştır. Maslach tükenmişlik ölçeği ve alt ölçekleri için Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Yaşlar gruplandırılarak, aile hekimliğinin uygunluğu çok uygun, kısmen uygun ve uygun seçenekleri birleştirilip uygun olarak analizlere dahil edilmiştir.

Ayrıca duygusal ve toplam tükenmişlik ölçek puanlarını etkileyen değişkenlerin etki derecelerini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler modele gölge değişken olarak eklenmiştir. Değişkenler kodlanırken uygulamada yer almaktan memnun olanlar, beklentilerin karşılandığını düşünenler, iş yükü ve iş stressinin arttığı düşünenler, çalışma ortamından memnun olanlar 1, diğerleri 0 olarak kodlanmıştır. Tekli analizlerde anlamlı bulunan değiş-

kenler çoklu modele dahil edilmiş ve geriye dönük (backward) eleme yöntemi uygulanmıştır. Veriler frekans ve yüzde, ortalama ve standart sapma veya ortanca ile 25. ve 75.yüzdeler olarak ifade edilmiştir. Verilerin analizi R 3.0.2 (www.r-project.org) programında uygulanıp, p<0.05 düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya Kayseri il merkezinde çalışan 280 aile hekiminden 143'ü (yanıtlama oranı %51,1) katılmıştır. Yaş ortalaması 44,3±5,8 (30-62 yaş arası) olan aile hekimlerinin %71,3'ü erkek ve %93,0'ü evli idi; %37,8'inin ise tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktaydı. Kronik hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerde en sık görülen hastalık diyabet ve hipertansiyondu.

Yüzde 83,9'u aile hekimliğine geçildiği günden beri beş yıldır uygulamanın içinde yer alan aile hekimlerinin ortalama meslek yaşamı süreleri 19,0±5,4 yıl (5 – 32 yıl arası) idi. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günlük hasta başvuru sayısı ortalaması 57,4±16,7 idi. Otuz yedi aile hekimi akşam mesaisi olduğunu belirtmişti (%25,9). Mesaisi olan hekimlerin %81,1'i haftada bir kez mesaiye kalmaktaydı. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (s=143)	Sayı	(%)
Yaş Grupları		
30-39 yaş	26	18,2
40-49 yaş	95	66,4
50 yaş ve üzeri	22	15,4
Cinsiyet		
Erkek	102	71,3
Kadın	41	28,7
Medeni durum		
Bekar	10	7,0
Evli	133	93,0
Toplam hizmet yılı		
<10 yıl	6	4,3
10-20 yıl	93	65,0
>20 yıl	44	30,7
Çocuk sayısı		
Yok	11	7,7
Var	132	92,3
1-2	91	69,5
3 ve üzeri	38	29,0
Sayı belirtmeyen	3	1,5
Kronik hastalık varlığı		
Var	54	37,8
Yok	89	62,2

Aile hekimliğinin kendileri için uygun olup olmadığını değerlendirmeleri istendiğinde, hekimlerin %8,5'i çok uygun, %44,7'si uygun ve %39,7'si kısmen uygun olduğunu, %7,1'i ise uygun olmadığını belirtmişti.

Aile hekimlerinin, başlangıcından bu yana aile hekimliği uygulaması sürecinde bazı konularda gözledikleri değişime ilişkin görüşleri **Tablo 2** ve **3**'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Aile hekimlerinin başlangıcından bu yana aile hekimliği uygulaması sürecinde bazı konularda gözledikleri değişimlere ilişkin görüşleri

	Artmış	Azalmış	Değişiklik yok
Çalışma verimliliği	33,3	34,0	32,7
Çalışma şevki	19,9	48,2	31,9
İş yükü	75,9	7,1	17,0
İş stresi	73,3	10,7	17,0
Tükenmişlik düzeyi	67,4	6,4	26,2
Günlük/aylık çalışma süresi	53,5	8,5	38,0
Alınan ücret	67,4	12,8	19,8
Aileye ayrılan zaman	14,1	40,8	45,1
Kendine ve sosyal hayata ayırdığı zaman	10,6	51,4	38,0
Mesleki gelişimine ayırdığı zaman	16,2	48,6	35,2
Hekimler arası rekabet	78,0	2,8	19,2
Etik yozlaşma	73,9	2,2	23,9

Tablo 3. Aile hekimlerinin başlangıcından bu yana aile hekimliği uygulaması sürecinde sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerde gözledikleri değişimlere ilişkin görüşleri

	Bozulmuş	İyileşmiş	Değişiklik yok
Hekimler arasındaki ilişkiler	47,9	16,9	35,2
Hekimlerle diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler	37,6	23,4	39,0
Diğer sağlık çalışanlarının birbiriyle ilişkileri	47,9	17,6	34,5

Hekimlerin %29,6'sı aile hekimliği uygulaması sürecinde çalışma koşullarının iyileştiğini, %39,4'ü kötüleştiğini ve %31,0'ı değişmediğini ifade etmişti. Psikolojik durumlarındaki değişim sorgulandığında, %18,4'ü olumlu, %51,8'i olumsuz etkilendiğini ve %29,8'i değişmediğini belirtmişti. Katılımcıların, aile hekimliği uygulamasına başladıkları dönemle şu anki memnuniyetlerini kıyaslamaları istendiğinde, %16,2'si memnuniyetinde artış olduğunu (%2,1 çok arttı; %14,1 arttı), %22,4'ü bir değişim olmadığını ve %61,3'ü ise memnuniyetinde

azalma olduğunu (%46,5 azaldı; %14,8 çok azaldı) ifade etmekteydi.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %50,3'ü aile hekimliği uygulamasının beklentilerini kısmen karşıladığını ve %38,5'i uygulamaya geçtikten sonra daha iyi konumda olduğunu düşünmek teydi; %51,8'i ise uygulamaya geçmiş olmaktan memnundu. Katılımcıların aile hekimliği uygulamasının kendilerinde yaptığı etkilere ilişkin görüşleri **Tablo 4**'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların aile hekimliği uygulamasının kendilerinde yaptığı etkilere ilişkin görüşleri

	Sayı	(%)
Aile hekimliği uygulaması beklentilerimi karşıladı		
Evet, tamamen	9	5,7
Evet, kısmen	72	50,3
Karasızım	30	21,3
Hayır	32	22,7
Aile hekimliği uygulamasına geçtikten sonra		
Daha iyi konumda olduğumu düşünüyorum	55	38,5
Değişmediğimi düşünüyorum	49	34,3
Daha kötü konumda olduğumu düşünüyorum	39	27,3
Aile hekimliği uygulamasında yer almaktan		
Çok memnunum	5	3,5
Memnunum	69	48,3
Karasızım	54	37,7
Pişmanım	10	7,0
Çok pişmanım	5	3,5

Çalışmada kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeğinin güvenilirlik testleri sonucunda Cranbach alfa değerleri, duygusal tükenme için 0,909; duyarsızlaşma için 0,770 ve kişisel başarı için 0,740

ve toplam ölçek için 0,908 olarak bulundu. Aile hekimlerinin Maslach tükenmişlik ölçeği ile hesaplanan tükenmişlik puanlarının dağılımı **Tablo 5**'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Aile hekimlerinin tükenmişlik puanlarının dağılımı

	Ortalama ± Standart sapma	Dağılım aralığı	Referans aralığı
Duygusal tükenme	16,1±7,2	0-33	0-36
Duyarsızlaşma	4,3±3,2	0-15	0-20
Kişisel başarı	21,0±3,7	11-30	0-32

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin tükenmişlik puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı **Tablo 6**'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin tükenmişlik puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

	Duygusal tükenme $\bar{x} \pm SD$	Duyarsızlaşma $\bar{x} \pm SD$	Kişisel başarı $\bar{x} \pm SD$	Toplam tükenmişlik $\bar{x} \pm SD$
Cinsiyet ^t				
Erkek	16,0±7,4	4,6±3,2	20,8±3,9	31,9±12,2
Kadın	16,5±6,9	3,5±3,2	21,5±3,2	30,5±11,3
p	=0,714	=0,053	=0,293	=0,532
Yaş grupları ^A				
30-39 yaş	15,8±7,0 ^a	3,6±2,5 ^a	21,0±2,8	30,5±10,7 ^a
40-49 yaş	17,0±7,1 ^{ba}	4,8±3,5 ^{ba}	20,8±3,6	33,0±11,9 ^{ba}
50 yaş ve üzeri	12,7±7,5 ^{ca}	2,9±2,1 ^{ca}	21,8±4,8	25,9±11,9 ^{ca}
p	=0,043	=0,026	=0,571	=0,039
Medeni durum ^t				
Evli	16,0±7,2	4,2±3,2	21,1±3,6	31,1±11,7
Bekar	18,1±8,6	5,8±3,9	19,7±4,1	36,2±14,5
p	=0,379	=0,136	=0,255	=0,196
Tanı konmuş bir sağlık problemi ^t				
Yok	15,3±7,0	4,4±3,1	21,1±3,7	30,6±11,9
Var	17,5±4,5	4,2±3,6	20,9±3,6	32,8±11,9
p	=0,078	=0,788	=0,845	=0,291
Uygulamada yer almaktan memnuniyet durumları ^A				
Memnun	12,1±5,7 ^a	3,2±2,7 ^a	21,8±3,6 ^{ac}	25,6±10,2 ^a
Kararsız	18,9±5,8 ^b	5,1±3,2 ^{bd}	20,3±3,7 ^{bc}	35,8±9,8 ^b
Pişman	25,2±5,8 ^c	6,0±4,1 ^{cd}	19,6±2,4 ^c	43,6±10,0 ^c
p	<0,001	<0,001	=0,018	<0,001
Uygulamanın beklentileri karşılama durumu ^A				
Evet	12,4±5,1 ^a	3,5±2,6 ^{ab}	21,8±3,6 ^a	26,0±9,7 ^a
Kararsız	20,6±6,0 ^{bd}	5,0±3,4 ^{bc}	19,8±3,2 ^{bd}	37,8±10,2 ^{bd}
Hayır	21,3±7,3 ^{cd}	5,6±3,8 ^c	19,9±3,8 ^{cd}	38,9±11,5 ^{cd}
P	<0,001	=0,004	=0,005	<0,001
Çalışma ortamından memnuniyet ^A				
Memnun	13,4±6,5 ^a	3,6±2,9 ^{ab}	21,6±3,6	27,4±11,0 ^a
Kararsız	18,3±5,9 ^{bd}	4,8±3,4 ^{bc}	19,9±3,6	35,3±10,8 ^{bd}
Memnun değil	20,4±7,5 ^{cd}	5,4±3,5 ^c	20,6±3,8	37,2±11,6 ^{cd}
P	<0,001	=0,019	=0,091	<0,001

t: Student t testi; A: ANOVA testi; K: Kruskal-Wallis testi; M: Mann Whitney U testi
Post hoc karşılaştırmalarda aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı ifade etmektedir.

	Ortanca (%25-75)	Ortanca (%25-75)	Ortanca (%25-75)	Ortanca (%25-75)
Aile hekimliğinin uygunluğu ^M				
Uygun	15,0 (10,0-21,0) ^a	4,0 (2,0-6,0)	21,0 (19,0-24,0)	29,0 (22,0-41,0)
Uygun değil	25,5 (17,25-30,25) ^b	2,5 (1,5-7,75)	20,5 (17,75-24,75)	36,0 (27,5-52,0)
P	=0,004	=0,599	=0,984	=0,099
İş yükü ^K				
Artan	18,0 (12,0-23,25) ^a	4,0 (2,0-7,0) ^a	21,0 (18,0-23,0) ^a	35,0 (26,0-44,0) ^a
Değişmeyen	9,5 (7,0-11,5) ^b	2,0 (1,75-3,0) ^b	24,0 (19,75-26,25) ^b	21,5 (15,75-24,25) ^b
Azalan	9,0 (7,0-13,0) ^c	2,0 (1,0-4,0) ^c	22,0 (20,0-24,0) ^c	20,0 (16,0-29,0) ^c
P	<0,001	=0,001	=0,035	<0,001
İş stresi ^K				
Artan	18,0 (13,0-24,0) ^a	4,0 (2,5-7,0) ^a	20,0 (18,0-23,0) ^a	36,0 (26,0-44,0) ^a
Değişmeyen	9,0 (7,0-12,0) ^b	2,0 (1,0-3,0) ^b	25,0 (20,0-27,0) ^b	17,0 (15,0-25,0) ^b
Azalan	10,0 (7,0-16,0) ^c	3,0 (1,0-4,0) ^c	22,0 (19,0-24,0) ^c	23,0 (15,0-29,0) ^c
P	<0,001	<0,001	=0,005	<0,001

t: Student t testi; A: ANOVA testi; K: Kruskal-Wallis testi; M: Mann Whitney U testi

Post hoc karşılaştırmalarda aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı ifade etmektedir.

Aile hekimlerinin cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve tanı konmuş bir sağlık problemlerinin varlığına göre tükenmişlik puanları arasında fark yoktu ($p>0,05$). 40-49 yaş grubunda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanı 50 yaş ve üzeri grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek iken (sırasıyla p değerleri 0,034, 0,043 ve 0,033), yaş grupları arasında kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p<0,05$).

Aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu ifade edenlerin duygusal tükenme puanları uygun bulmalardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktü ($p=0,004$). Uygulamada yer almaktan memnun olanların ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu düşünen hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları diğerlerine göre anlamlı ölçüde daha düşük (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$ ve $p<0,001$; $p=0,004$; $p<0,001$); kişisel başarı puanları ise anlamlı ölçüde daha yüksek (sırasıyla $p=0,018$ ve $p=0,005$) olarak bulundu.

İş yükünün ve iş stresinin arttığını ifade eden hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları, değişmediğini ya da azaldığını ifade edenlere göre anlamlı ölçüde daha yüksek (tüm karşılaştırmalarda $p<0,001$); kişisel başarı puanları ise anlamlı ölçüde daha düşüktü (sırasıyla $p=0,035$ ve $p=0,005$). Çalışma ortamından memnun olmayanlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik bakımından daha çok tükenmişlik göstermekteydi (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,019$ ve $p<0,001$).

Toplam hizmet süresi ile hiç bir tükenmişlik puanı arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında düşük düzeyde pozitif bir korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0,199$ ve $p=0,021$; $r=0,197$ ve $p=0,021$).

Duygusal ve toplam tükenmişlik puanlarını etkileyen faktörleri içeren çoklu doğrusal (multiple linear) regresyon analizi sonuçları **Tablo 7 ve 8**'de verilmiştir.

Tablo 7. Duygusal tükenmişlik puanlarını etkileyen faktörleri içeren ham ve indirgenmiş çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	Katsayılara ilişkin istatistikler					Modele ilişkin istatistikler		
	b_i	$S_{(bi)}$	BETA	t	p	R^2	S	F, p
Ham model								
Sabit	26.106	6.865	-	3.803	<0.001	0.550	5.05	18.330; <0.001
Yaş (yıl)	-0.401	0.226	-0.293	-1.775	0.079			
Toplam hizmet süresi (yıl)	0.313	0.235	0.231	1.335	0.184			
Aile hekimi olarak çalışılan süre (yıl)	0.289	0.845	0.027	0.342	0.733			
Uygulamada yer almaktan memnun olma (1: memnun, 0: diğerleri)	-0.378	1.583	-0.026	-0.239	0.812			
Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1: düşünün, 0: diğerleri)	-5.836	1.430	-0.397	-4.082	<0.001			
İş yükü (1: Arttığını ifade eden, 0: diğerleri)	4.239	1.449	0.249	2.925	0.004			
İş stresi (1: Arttığını ifade eden, 0: diğerleri)	2.559	1.519	0.157	1.684	0.095			
Çalışma ortamından memnun olma (1: memnun, 0: diğerleri)	-1.514	1.142	-0.104	-1.325	0.188			
İndirgenmiş Model								
Sabit	14.544	1.269	-	11.465	<0.001	0.528	5.07	46.542; <0.001
Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1: düşünün, 0: diğerleri)	-7.022	0.964	-0.478	-7.283	<0.001			
İş yükü (1: Arttığını ifade eden, 0: Diğerleri)	4.563	1.420	0.269	3.213	0.002			
İş stresi (1: Arttığını ifade eden, 0: Diğerleri)	2.950	1.405	0.181	2.100	0.038			
Duygusal tükenmişlik puanı = 14.544 - 7.022*(Beklentilerinin karşılandığını düşünme) + 4.563*(iş yükü) + 2.950*(iş stresi)								

Tablo 8. Toplam tükenmişlik puanlarını etkileyen faktörleri içeren ham ve indirgenmiş çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	Katsayılara ilişkin istatistikler					Modelle ilişkin istatistikler		
	b_i	$S_{(bi)}$	BETA	t	p	R^2	s	F, p
Ham model								
Sabit	44.385	12.430	-	3.571	0.001	0.454	9.143	12.457; <0.001
Yaş (Yıl)	-0.551	0.409	-0.245	-1.348	0.180			
Toplam hizmet süresi (Yıl)	0.392	0.425	0.176	0.922	0.358			
Aile hekimi olarak çalışılan süre (Yıl)	0.642	1.529	0.037	0.420	0.675			
Uygulamada yer almaktan memnun olma (1:memnun, 0: diğerleri)	-0.338	2.864	-0.014	-0.118	0.906			
Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1:düşünen, 0: diğerleri)	-8.356	2.589	-0.346	-3.228	0.002			
İş yükü (1:Arttığını ifade eden, 0:diğerleri)	6.741	2.624	0.241	2.569	0.011			
İş stresi (1:Arttığını ifade eden, 0:diğerleri)	3.907	2.751	0.146	1.420	0.158			
Çalışma ortamından memnun olma (1:memnun, 0: diğerleri)	-2.474	2.068	-0.103	-1.196	0.234			
İndirgenmiş Model								
Sabit	30.254	2.089	-	14.483	<0.001	0.382	9.370	43.681; <0.001
Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1:düşünen, 0: diğerleri)	-10.592	1.656	-0.443	-6.395	<0.001			
İş yükü (1:Arttığını ifade eden, 0:Diğerleri)	9.583	1.932	0.343	4.961	<0.001			
Toplam tükenmişlik puanı = 30.254 - 10.592*(Beklentilerinin karşılandığını düşünme) + 9.583* (İş yükü)								

Tartışma

Gününün üçte birini veya daha fazlasını sağlık hizmeti sunarak geçiren hekimlerin verimli çalışabilmeleri ve hastalarına faydalı olabilmeleri ancak işlerini severek, memnun olarak yapmalarıyla mümkündür. Hekimlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sadece hekimler ve aileleri için değil hastaları açısından da kritik bir öneme sahiptir^[9]. Şubat 2003 tarihinde Berlin’de gerçekleştirilen Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Tıp Dernekleri forumunda tıp meslek çalışanları arasında tükenmişliğin giderek arttığı ve bu durumun sadece hekimleri değil sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta bakımını da etkileyen bir durum olduğu bildirilmiştir^[15].

Kayseri il merkezinde görev yapan aile hekimlerinin tükenmişlik durumlarının değerlendirildiği bu çalışmada, aile hekimlerinin uygulamanın başlamasından bu yana geçen beş yıllık sürede bazı konulara ilişkin görüşlerindeki değişiklikler ilginç sonuçlar ortaya çıkarmıştır. İfadeye dayalı olarak belirtilen olumlu yöndeki en önemli değişiklik elde edilen gelirin artmasıdır. Olumsuz yönde ise; iş yükü ve stresinin, günlük çalışma sürelerinin arttığını; ailelerine, kendilerine ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları sürenin azaldığını düşünenlerin sayısı oldukça yüksektir. Her dört aile hekiminden üçü hekimler arasındaki rekabetin arttığını ve etik yozlaşmanın olduğunu düşünmektedir. Her beş aile hekiminden üçü tükenmişlik düzeylerinde artış olduğunu ifade etmektedir.

Aile hekimlerinin yarından fazlası aile hekimliği uygulamasına geçtikleri ilk günden bugüne psikolojik durumlarının olumsuz etkilendiğini ve uygulamaya yeni geçtikleri döneme göre şu anki memnuniyetlerinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla beraber çalışmaya katılanların yarısı aile hekimliği uygulamasında yer almaktan memnun görünmektedirler. Bu çelişkili durumu açıklayabilecek tek değişim, elde edilen ücretin artmış olması gibi görünmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinde tükenmişliği belirlemek için doğrudan kendi beyanları dışında Maslach tükenmişlik ölçeği de kullanılmıştır. Yapılan güvenilirlik testleri sonucunda ölçeğin Cranbach alfa değerleri yüksek bulunmuştur; buna göre ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir. Bu çalışmada Kayseri il merkezinde çalışmakta olan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları $16,1 \pm 7,2$; duyarsızlaşma puanları $4,3 \pm 3,2$ ve kişisel başarı puanları $21,0 \pm 3,7$ olarak bulunmuştur. Değerlendirme için belli bir kesme noktası kullanılmamakla birlikte, üst değerlerin duygusal tükenme için 36, duyarsızlaşma için 20 ve kişisel başarı hissi için 32 olduğu dikkate alındığında bu sonuçlar; aile hekimlerinin meslekleriyle ilgili hafif düzeyde bir yorgunluk ve duygusal yıpranma hissetmekte olabileceklerini ve işe gitmenin bir endişe kaynağı oluşturmaya başlayabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan duyarsızlaşma alt boyutundaki puanın düşük olması henüz hizmet sundukları kişilere bu durumun olumsuz yansımamış olduğunu göstermektedir.

Bulgularımız ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla kıyaslanabilir düzeydedir. Tüm ülkede aile hekimliği uygu-

lamasına geçildikten sonra aile hekimleri arasında yapılan ve yayımlanmış çalışmalar henüz yoktur. Öztürk ve arkadaşlarının aile hekimliğine geçişin sürdüğü 2009 yılında askeri eğitim birliğine katılan pratisyen ve uzman hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada, pratisyen hekimler arasında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma bizim sonuçlarımıza göre daha belirgindir (duygusal tükenmişlik boyutunda 22,2; duyarsızlaşma boyutunda 9,5 ve kişisel başarı boyutunda 18,1 puan)^[6]. Ancak bu çalışmaya katılan pratisyen hekimler arasında yalnızca aile hekimliği uygulamasında çalışanların değil, ancak sağlık ocaklarında ve hastane acil servisi gibi diğer sağlık kuruluşlarında çalışanların da olduğu unutulmamalıdır.

Sosyalleştirme sisteminde birinci basamak hekimlerinde yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Kaya ve ark’nın birinci basamak sağlık kuruluşlarında 2005 yılında yaptıkları çalışmada hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 14,0, duyarsızlaşma puanları 4,1 ve kişisel başarı puanları 10,3 olarak bulunmuştur^[16]. Yavuzylmaz ve ark’larının Trabzon il merkezindeki sağlık ocaklarında 2005 yılında yaptıkları çalışmada, hekimlerin duygusal tükenme boyutunda 14,2 puan; duyarsızlaşma boyutunda 5,0 puan ve kişisel başarısızlık boyutunda ise 9,5 puan aldığı görülmektedir^[7]. Her iki çalışmadaki duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara oldukça benzer iken; kişisel başarı puanları daha düşüktür, yani birinci basamak hekimleri kendilerini yetersiz görmektedirler. Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) tabip odalarına kayıtlı bir grup uzman ve pratisyen hekim üzerinde yürüttüğü çalışmadaki pratisyen hekimlerin her üç boyuttaki tükenmişlik durumları da bizim çalışma sonuçlarımıza oldukça benzerdir (duygusal tükenme boyutunda 15,1 puan; duyarsızlaşma boyutunda 5,5 puan; kişisel başarı boyutunda ise 21,9 puan)^[17]. Kuşkusuz bu sonuçlar aile hekimliği uygulamasını önceki sağlık ocağı örgütlenmesi ile karşılaştırmak açısından yetersizdir.

İsviçre’de Goehring ve arkadaşlarının çalışmasında birinci basamak pratisyen hekimlerde duygusal tükenme puanı 17,9, duyarsızlaşma puanı 6,5 ve kişisel başarı puanı 39,6 olarak bulunmuştur^[18]. İtalya’da genel pratisyenlerle yapılan bir çalışmada puanlar sırasıyla 18,5, 6,1 ve 38,5’tir^[19]. İngiltere’de yapılan farklı iki çalışmada ise pratisyen hekimler duygusal tükenme için 26,1 ve 22,3 puan, duyarsızlaşma için 9,8 ve 7,4 puan, kişisel başarı için 32,7 ve 39,4 puan almışlardır^[20, 21]. Çalışmamızda elde edilen kişisel başarı puanlarının uluslararası çalışmalardan çok daha düşük olduğu görülmektedir.

Literatürde incelenen çalışmalarda cinsiyetin ve medeni durumun tükenme üzerine etkisi ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur^[16, 18, 22-26]. Bizim çalışmamızda bazı çalışmalarda olduğu gibi cinsiyete^[16, 22, 26, 27] ve medeni duruma göre tükenme puanları arasında fark saptanmamıştır^[16, 22, 26].

Yaş grupları incelendiğinde 40-49 yaş grubunda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanının 50 yaş üzeri gruptan fazla olduğu, ancak yaş gruplarına göre kişisel başarı puanları arasında fark olmadığı bulunmuştur.

TTB'nin çalışmasında 35-44 yaş grubu hekimlerde duygusal tükenme puanı daha fazla bulunmuş ve 25-34 yaş grubunda duyarsızlaşma puanının en yüksek olduğu, yaş arttıkça duyarsızlaşma puanının azaldığı görülmüştür^[17]. Öztürk'ün çalışmasında da genç ve görev süresi kısa olan hekimlerin tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir^[6]. Buğdaycı'nın çalışmasında ise yaş arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanlarının azaldığı belirlenmiştir^[28]. Tüm bu çalışmalar genç hekimlerin tükenmeye daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da yaşla birlikte duygusal ve toplam tükenmişlik puanlarının azaldığı gösterilmiştir.

Hizmet süresi ile tükenmişlik ilişkisi için literatürde farklı sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur. Sünter, Ay ve Kurçer çalışmalarında hizmet süresi ile tükenmişlik puanları arasında bir ilişki saptamamışlardır^[22-24]. Bizim çalışmamızda da hizmet süresi tükenmişlik puanları üzerinde etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Kaya ve Üner ise çalışmalarında meslekte çalışma süresi ile duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, azalan bir ilişki bulmuşlardır^[16, 29]. Ancak çalışmamızın önemli bir sonucu aile hekimliğinde çalışılan süre ile birlikte duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanlarının artıyor olmasıdır. Hekimin bu sistem içinde çalışırken giderek ailesine, kendisine ve sosyal hayatına, mesleki gelişimine ayırdığı zamanın azaldığını ifade etmesi, ayrıca hekimler arası ilişkilerin bozulduğunu, rekabetin ve etik yozlaşmanın arttığını düşünmesi, bu artan tükenmişlikte birer etken olarak düşünülmüştür.

Tanı konmuş bir sağlık probleminin varlığı ile tükenme arasında bir ilişki saptanmamıştır. TTB'nin çalışmasında herhangi bir hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerin duygusal tükenme ve kişisel başarı açısından tükenme düzeyleri yüksek bulunmuştur^[17]. Aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu ifade edenlerde, uygulamada yer almaktan memnun olan ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu belirten hekimlerde tükenmişlik puanları daha düşük bulunmuştur. Buna benzer bir sonuç Esteva'nın çalışmasında da bulunmuştur. Esteva çalışmasında, yapılan işten memnuniyetin kişileri tükenmişlikten koruduğunu ifade etmektedir^[30]. İş yükünün ve iş stresinin arttığını ifade edenlerle, çalışma ortamından memnun olmayanlarda tükenmişlik puanları yüksektir. Goehring de çalışmasında iş koşullarından memnun olmamayı tükenmişlik için bir risk faktörü olarak bulmuştur^[18].

Çoklu doğrusal regresyon analizinde beklentilerinin karşılanmadığını düşünme, iş yükü ve stresinde artış olduğunu ifade etme faktörlerinin yer aldığı model duygusal tükenmişlik durumundaki değişimin %52,8'ini açıklayabilmektedir. Oluşan denkleme göre beklentilerinin karşılanmadığını düşünen ve iş yükü ve stresinde artış olduğunu ifade eden bir aile hekiminin duygusal tükenmişlik puanı 29,079 olarak öngörülebilir.

Keza beklentilerinin karşılanmadığını düşünme ve iş yükünde artış olduğunu ifade etme faktörlerinin yer aldığı model toplam tükenmişlik durumundaki değişimin %58,2'sini açıklayabilmektedir. Oluşan denkleme göre beklentilerinin karşılanmadığını düşünen ve iş yükünde artış olduğunu ifade eden bir aile hekiminin toplam tükenmişlik puanı 50,429 olarak öngörülebilir.

Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız aile hekimliği uygulamasına geçtikten sonra birinci basamakta çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek için yürütülmüş ilk çalışmadır; ancak sadece il merkezinde çalışan aile hekimlerinin çalışmaya dâhil edilmiş olması çalışmamızın sınırlılığdır.

Sonuç ve öneriler

Aile hekimlerinin büyük bir kısmı aile hekimliği uygulamasının hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü, etik yozlaşmayı ve iş stresinin artırdığını; yarısı kişinin sosyal hayatına ve mesleki gelişimine ayırdığı zamanı azalttığını düşünmektedir. Aynı zamanda hekimlerin yarısının zaman içinde uygulamada yer almaktan memnuniyetleri azalmıştır. Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu durum gün geçtikçe hekimler arasında tükenmişliğin daha da artmasına ve yaygınlaşmasına neden olabilecektir. Hekimlerin beklentilerinin karşılanma durumu ve iş yükü de tükenmişlik için önemli birer faktör olarak saptanmıştır. Bu nedenle planlanacak çalışmalarda hekimlerin uygulamadaki beklentilerinin değerlendirilmesi de önemli bir ihtiyaç gibi gözükmektedir. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin tükenmişliğinin hizmet sundukları özellikli grup nedeni ile ayrı bir öneme sahip olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle gelecekte hekimlerin tükenmişlik durumlarını değerlendiren daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Teşekkür: İstatistiksel değerlendirmelerde yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Ferhan Elmalı, Araş. Gör. Gözde Ertürk ve Araş. Gör. Gökmen Zararsız'a teşekkür ederim.

Extended Summary

Burnout syndrome of family practitioners and related factors

Background and Aim: Burnout syndrome is a social state that affects the individual, his/her workplace and environment. Various factors effect burnout syndrome, including the changes in workplace environment. In Turkey since 2005, there has been grate changes in health care system, especially in primary care, under the name of health reforms. Studies show that burnout syndrome leads to serious problems such as unemployment, various social problems and even psychiatric diseases. This study aims to understand the burnout level of family physicians and related factors.

Method: A descriptive study was planned among the 280 family physicians who work in central Kayseri in 2013. In the survey there were 24 questions that covered the socio-demographic traits of the participants and the situation that has progressed since the health reforms regulations. In order to identify the burnout level, Maslach exhaustion scale was used. The ethical approval was given by the Erciyes University Ethics Committee. For the analysis of the data, two independent sample t tests, one way variant analysis and Kruskal-Wallis test were made; and in order to determine variables that affect the emotional and total burnout measures, a multiple linear regression analysis was used. $p < 0.05$ is accepted as statistically significant.

Results: 143 of 280 family practitioners who worked in central Kayseri have participated in the study (respond rate 51.1%). The average working years were 19.0 ± 5.4 years. %83.9 of the physicians have been in the practice since the last primary care regulation. %53.2 has stated that family practice was suitable/ very suitable for them. According to participants, the most significant positive change since the beginning of primary care regulations was the increase of the income (%67.4). The increase of workload, stress and the daily working hours as well as the decrease of the time that physicians can allocate for themselves, for their families and for professional development were noted as negative changes. Three out of four of the physicians have thought that the competition among physicians and ethical corruption have increased (78% and 73.9% respectively). Three out of five physicians (67.4%) have stated that their levels of burnout syndrome have increased. The contentment level was higher for 16.2% of the physicians, not changed for 22.4% and, decreased for 61.3%, considering the beginning of the health reforms in primary care.

The mean score of emotional burnout was 16.1 ± 7.2 , mean desensitization score was 4.3 ± 3.2 and mean personal success score was 21.0 ± 3.7 . There were no statistical differences between burnout scores according genders, marital statuses or any diagnosed health issues ($p > 0.005$). Emotional burnout ($p < 0.001$), desensitization ($p < 0.05$) and total burn out ($p < 0.001$) scores were higher with the physicians who have stated that the workload and the stress have increased and were no longer content with the workplace. The ones who have stated that family practice was suitable for them ($p = 0.004$), who were happy to be in the practice ($p < 0.001$) and who were satisfied with their expectations ($p < 0.001$) had lower burnout scores. No correlation was determined between total employment time and burnout points ($p > 0.05$). There was weak positive correlation between the time spent as family physician, emotional burnout and total burnout scores ($p < 0.05$). The most significant factors that affect emotional and total burnout scores were: the meeting of expectations and workload.

Conclusion: A large portion of family physicians think that primary care regulation has increased competition among physicians, workload, ethical corruption and work stress; and half of them think that it decreased the time they can spend on social life and professional development. Also half of their contentment has decayed over time. A positive correlation has been found out between time employed in primary care and, emotional and total burn out scores. This situation might enable the increase and widespread of burnout syndrome among physicians over time.

Key words: physician, family physician; burnout; primary care.

Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.51824f3c2f2383.70095824/ Erişim Tarihi: 05.08.2013.
2. Arı Sağlam G., Bal Çına E. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Yönetim ve Ekonomi* 2008;15 (1):131-48.
3. Balcıoğlu İ. Memetali S. Rozant R. Tükenmişlik sendromu. *Dirim Tıp Gazetesi* 2008;83:99-104.
4. Maslach C. Jackson SE. The measurement of experienced burn out. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113.
5. Lee RT. Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990 Dec; 75(6): 743-7.
6. Öztürk G. Çetin M. Yıldırım N. Türk YZ. Fedai T. Hekimlerde Tükenmişlik Ve İş Doyumu Düzeyleri. *Anatol J Clin Investig* 2012;6(4):239-45.
7. Yavuzylmaz A. Topbaş M. Çan E. Çan G. Özgün Ş. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6 (1): 41-50.
8. Shanafelt TD. Bradley KA. Wipf JE. Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136(5): 358-67.
9. CMAJ. Healthier doctors healthier patients. *CMAJ* 2012; 184(17): E 895-896 DOI: 10.1503/cmaj.109-4327.
10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete: 25 Mayıs 2010. s. 27591.
11. Çetinkaya F. Baykan Z. Naçar M. Öksüzkaya A. Kayseri İlindeki Aile Hekimlerinin Mevcut Durumları, Sorunları Ve Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Düşünceleri. *Erciyes Tıp Dergisi* (Yayınlanmak üzere kabul edildi).
12. Kurt Ö.A. Ögenler O. Yapıcı G ve ark. Mersin İlinde Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programından Etkilenme Durumu ve Görüşlerini Değerlendirilmesi. *Trabzon: 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitapçığı; 2011. s.319.*
13. Aktaş E. Çakır G. Aile Hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi* 2012; 51(1): 21-29.
14. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını; 1992.
15. European Forum of Medical Associations and the WHO. http://www.cpme.eu/european_forum_of_medical_associations_and_the_who/#/ Erişim tarihi: 05.08.2013.
16. Kaya M. Üner S. Karanfil E. Uluyol R. Yüksel F. Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(5): 357-63.
17. Aslan D. Kiper N. Karaağaoğlu E. Topal F. Güdük M. Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. *Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2005.*
18. Goehring C. Bouvier Gallacchi M. Künzi B. Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005 Feb 19; 135(7-8): 101-8.
19. Grassi L. Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000 Nov-Dec; 69(6): 329-34.
20. Kirwan M. Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995 May; 45(394): 259-60.
21. Arigoni F. Bovier PA. Mermillod B. Waltz P. Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians. paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer* 2009 Jan; 17(1): 75-81.
22. Sünter AT. Canbaz S. Dabak Ş. Öz H. Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik. İşe Bağlı Gerginlik Ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Derg* 2006; 16(1): 9-14.
23. Ay S. Güngör N. Özbaşaran F. Manisa İl Merkezi Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin Sosyo-Demografik Özelliklerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi. Ankara: 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı; 2004. s. 306.
24. Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 2(3): 10-15.
25. Ekerbiçer H. Çelik M. Aral M. Buğdaycı R. Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi. Diyarbakır: 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı; 2002. s. 700-3.
26. Lee FJ. Stewart M. Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician* 2008 Feb; 54(2): 234-5.
27. Adám S. Torzsa P. Györfy Z. Vörös K. Kalabay L. Frequent high-level burnout among general practitioners and residents. *Orv Hetil* 2009 Feb 15; 150(7): 317-23.
28. Buğdaycı R. Kurt AÖ. Şaşmaz T ve ark. Mersin İlinde Görev Yapan Hekimlerde Ruhsal Tükenmişlik Durumu ve Etkileyen Faktörler. *9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı.* Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 2004. s: 307.
29. Üner S. Bossi TB. Erçeltik Ö. Ertuğrul İ. Göde S. Kılıç L ve ark. Keçiören İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre İncelenmesi. Ankara: 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı; 2004. s. 303.
30. Esteva M. Larraz C. Jiménez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp* 2006 Feb; 206(2): 77-83.

Geliş tarihi: 07.08.2013

Kabul tarihi: 11.02.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Zeynep Baykan

e-posta: zebaykan@yahoo.com