

Doğu Anadolu Bölgesi'nde Yer Alan Bir İlde Devlet Hizmet Yükümlülüğü'nün Hekimler Üzerindeki Etkileri ve Tükenmişlik



Dr. Okan TAYCAN¹, Dr. Serap ERDOĞAN TAYCAN², Psik. Cihat ÇELİK³

ÖZET

Amaç: 2005 yılından bu yana uygulanmakta olan Devlet Hizmet Yükümlülüğü'nün (DHY) hekimler üzerindeki etkilerinin tükenmişlik ekseninde incelenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Kesitsel betimleyici epidemiyolojik özellikte bir araştırma olup örneklem grubu Muş il sınırları içinde çalışan tüm hekimlerden oluşmuştur. Deneklere ayrıntılı sosyodemografik ve mesleki bilgileri sorgulayan form yanında Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Beck Depresyon Ölçeği, İş Doyumu Ölçeği (İDÖ), Yaşam Doyumu Ölçeği, Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) ve Genel Sağlık Anketi-12 uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 139 hekimin 100'ü (%71) DHY'yi yerine getiren hekimlerden oluşmuştur. DHY olan hekimler olmayanlarla karşılaştırıldığında bu hekimlerde anlamlı olarak yaşam doyumu ve yaşam kalitesinin daha düşük, tükenmişlik, genel psikiyatrik belirti ve psikolojik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. DHY olan hekimlerde tükenmişlik düzeyi ile çalışmada kullanılan diğer ölçek puanları arasında MTÖ-Kişisel Başarı alt ölçeği ile İDÖ ve ÇYKÖ-Eşdüyum Yorgunluğu alt ölçeği dışında kalanlarda, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Depresif belirti düzeyi ve günlük bakılan ortalama hasta sayısının tükenmişliğin üç alt boyutunu; iş doyumu düzeyinin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmayı; yaşam doyumu düzeyinin duygusal tükenmişliği; cinsiyetin (kadın) kişisel başarıyı yordadığı saptanmıştır.

Sonuç: DHY olan hekimlerde tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuş olup başta DHY uygulaması ile ilgili faktörler olmak üzere çeşitli değişkenlerle ilişkisi ve yordayıcıları tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Tükenmişlik, iş doyumu, depresyon, hekimler

SUMMARY

The Impact of Compulsory Health Service on Physicians and Burnout in a Province in Eastern Anatolia

Objective: The Compulsory Health Service (CHS) for physicians has been in place since 2005. The aim of this study was to investigate the impact of the CHS on physicians and the factors associated with burnout.

Method: The sample group consisted of all physicians working within the province of Muş in this cross-sectional, descriptive, epidemiological study. All participants were assessed using the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Beck Depression Inventory, the Job Satisfaction Scale (JSS), the Satisfaction with Life Scale, the Professional Quality of Life Scale (ProQOL) and the General Health Questionnaire-12, along with a detailed sociodemographic and professional data form.

Results: A total of 139 physicians participated in this study, and 100 of them (71%) were fulfilling the CHS. Physicians who fulfilled the CHS were found to have lower levels of job satisfaction and professional quality of life. They also had higher levels of depression, general psychiatric symptoms, and psychological stress. The relationships between the level of burnout in physicians fulfilling the CHS and the scores from the scales used in the study were statistically significant except those between MBI-Personal Accomplishment, JSS, and ProQOL-Compassion Fatigue subscales. The extent of depressive symptoms and the daily number of patients were predictors of all three subscales of burnout. Job satisfaction was a predictor of both emotional exhaustion and depersonalization, while life satisfaction was a predictor of emotional exhaustion, and gender was a predictor of personal accomplishment.

Conclusion: The level of burnout among physicians who had fulfilled the CHS was high. The factors and predictors associated with burnout were discussed.

Key Words: Burnout, job satisfaction, depression, physicians

Geliş Tarihi: 13.05.2012 - **Kabul Tarihi:** 30.10.2012

¹Uzm., Psikiyatri Bl., Tokat Devlet Hastanesi, ²Yrd. Doç., Psikiyatri Bl., Gaziosmanpaşa Üniv. Tıp Fak., Tokat. ³Psik., Psikoloji Bl., Muş Alparslan Üniv. Fen Edebiyat Fak., Muş.

Dr. Okan Taycan, e-posta: okantaycan@yahoo.com

GİRİŞ

Ülkemizde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa, 05/07/2005 tarih ve 25866 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 5371 sayılı Kanun ile eklenen ek maddeler uyarınca, 05/07/2005 tarihinden itibaren; yurt içinde veya yurt dışında öğrenimlerini tamamlayarak tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlar “Devlet Hizmet Yükümlülüğü” (DHY) adı altında, başta doğu illeri olmak üzere çeşitli yerlere kura yolu ile atanarak görevlendirilmektedir. Bu görevlendirmenin süresi Sağlık Bakanlığı’nın illerin gelişmişlik düzeyi ve hekimin görevlendirildiği yerin özelliklerine göre belirlediği ölçütler çerçevesinde 300 ila 600 gün arasında değişmektedir. DHY hem kişinin kendi rızası dışında atanması hem de nerede hangi koşullar altında çalışacağı yönündeki belirsizlikler nedeniyle birçok hekimi hazırlıksız yakalayıp, çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmuştur. Kimileri uzun yıllardır adım adım inşa etmeye çalıştığı kariyer ve gelecek hayallerine veda etmek, kimileri ise ailelerinden ve yakınlarından ayrılmak zorunda bırakılmıştır. Görevlendirilen bölgedeki fiziki, sosyal ve mesleki altyapı yetersizlikleri ise yaşanan sıkıntıları arttırmıştır. Bunun yanında birçok hekimin ülkemizin az gelişmiş bölgelerinde hizmet vermeyi vatani bir sorumluluk olarak görmesine rağmen, uygulamadaki sorunlar ve haksızlıklar hekimler arasında huzursuzluğa neden olmuştur. Sonuçta halihazırda maruz kalınan mesleki streslere ek olarak tüm bu yaşantıların, hekimlerde başta tükenmişlik olmak üzere çeşitli psikolojik sorunlara yol açacağı düşünülebilir.

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenburg tarafından meslekle ilişkili kronik strese bağlı ortaya çıkan bir tür psikolojik sendrom olarak tanımlanmıştır (Freudenburg 1974). Günümüzde kabul gören tanımı ise Maslach tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre tükenmişlik kişinin profesyonel iş yaşamında yaşadığı stres sonucu ortaya çıkan ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde sorunlara yol açan öz saygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak kabul edilmiştir (Maslach ve Jackson 1981). Tükenmişlik üç alt kategoride incelenmektedir: Duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı. Duygusal tükenmişlik, kişinin duygusal yönden kendisini yıpranmış hissetme halini ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlarken; duyarsızlaşma, başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmekte ve çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmasıyla kendini göstermektedir (Örmen 1993). Kişisel başarı ise sorunların üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır (Taycan ve ark. 2006).

İnsanlarla yoğun ilişki kurmayı gerektiren mesleklerde sıklıkla gözlemlenen tükenmişlik kavramı başta hekimler (Sünter

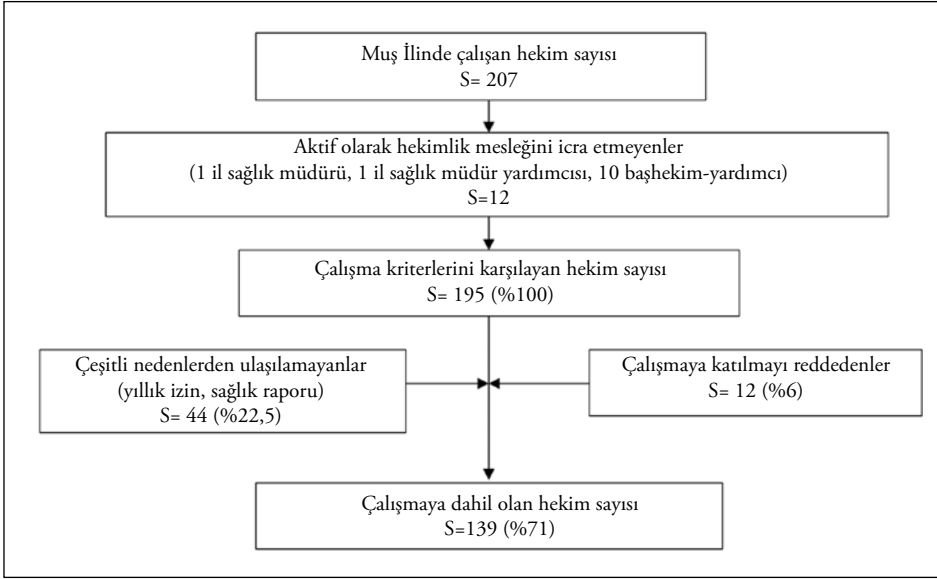
ve ark. 2006, Aslan ve ark. 2005, Erol ve ark. 2007, Özyurt ve ark. 2006) olmak üzere hemşirelerde (Demir ve ark. 2003, Taycan ve ark. 2006), öğretmenlerde (Dolunay 2002, Kokkinos 2007) ve başka meslek dallarında (Şahin ve ark. 2008, Embriaco ve ark. 2007, Kocabıyık ve Çakıcı 2008, Ergin 1996) birçok kez çalışılmıştır. Yoğun iş yükü ve çalışma temposu, sağlık hizmetindeki altyapı ve yönetsel yetersizlikler, hizmet ve personel dağılımındaki dengesizlikler, kurumsal kaynakların kısıtlılığı içinde hasta ve yakınlarının isteklerini karşılayabilmek için aşırı yüklenme gibi nedenlerle hekimlerde işle ilgili stres ve gerginlik sık görülmektedir (Aslan ve ark. 2005). Yapılan çeşitli çalışmalarda işe bağlı gerginlik ve tükenmenin kişide başta depresyon olmak üzere çeşitli ruhsal bozuklukların görülme sıklığında artışa, yaşam kalitesinde düşmeye, iş ve yaşam doyumunda azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (Erol ve ark. 2007, Ünal ve ark. 2001, Shanafelt ve ark. 2012, Ruitenburg ve ark. 2012).

Çeşitli hekim gruplarında [pratisyen (Arslan ve ark. 1996, Sünter ve ark. 2006), asistan (Erol ve ark. 2007, Dikmetaş ve ark. 2011), uzman (Havle ve ark. 2008, Visser ve ark. 2003), akademisyen (Bilici ve ark. 1998)] tükenmişlik ve ilişkili olduğu faktörleri inceleyen birçok çalışma bulunmasına rağmen bildiğimiz kadarıyla özellikle DHY’yi yerine getiren hekimleri konu alan bir çalışma günümüze kadar yapılmamıştır.

Devlet Planlama Teşkilatı’nın 2003 yılında yayınladığı kalkınmada öncelikli yörelerin belirlenmesine, kamu kaynaklarının tahsisine ve özel sektör yatırımlarının yönlendirilmesine ilişkin politikaların belirlenmesinde temel dayanak niteliği taşıyan ve aynı zamanda DHY hizmet süresinin de ana belirleyicisi konumunda olan “İllerin ve Bölgelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2003)”na göre Muş, 81 il içerisinde 81. yani son sırada yer almaktadır (Dinçer ve ark. 2003). Sadece bu bilgi bile Muş ilinde sosyoekonomik şartların ve çalışma koşullarının zorluğu, dolayısıyla bölgede çalışan hekimlerin maruz kaldığı fazladan stres yükü hakkında fikir veren dikkat çekici bir veri olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada Muş ilinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyinin saptanması ve sosyodemografik özellikler, depresyon, stres düzeyi, iş ve yaşam doyum ve yaşam kalitesiyle olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Alan yazın incelendiğinde tükenmişlik üzerine yapılan çalışmaların çoğunda büyük-gelişmiş şehir merkezlerinde yaşayan çalışanlar üzerine odaklanıldığı görülmektedir. Bu nedenle Muş ilinde olduğu gibi sosyal ve ekonomik yetersizliklerin derinden hissedildiği bir coğrafyada çalışanların maruz kaldığı fazladan yük ve nasıl etkilendikleri konusunda bilgilerimiz kısıtlıdır. Çalışmamızın bu alandaki bilgi eksikliğinin giderilmesi yönünde de katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

ŞEKİL 1. Örneklem Grubunun Oluşturulmasında İzlenen Yol.



YÖNTEM

Örneklem ve işlem

Araştırmanın örneklem grubunun Muş ilinde çalışan tüm hekimleri kapsaması hedeflenmiştir. Muş genelinde 7 devlet hastanesi, 48 sağlık ocağı, 7 112 acil sağlık hizmeti istasyonu, 1 ana-çocuk sağlığı merkezi, 1 verem savaş dispanseri ve 1 özel tıp merkezi yer almakta olup Ağustos 2008 itibarıyla bu sağlık merkezlerinde 207 (97 uzman, 110 pratisyen) hekim çalışmaktadır. Mevcut hekimler içinde tam zamanlı yönetici olarak çalışıp klinik görevi olmayanlar (1 il sağlık müdürü, 1 il sağlık müdür yardımcısı, 10 başhekim/başhekim yardımcısı) çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan 195 hekimden 44'üne (%22,5) çeşitli nedenlerden dolayı (yıllık izinde olma, sağlık raporu almış olma) ulaşılamamıştır. 151 hekimle yüz yüze görüşülüp çalışma hakkında detaylı bilgi verildikten ve çalışmaya davet edildikten sonra çalışma bataryası verilmiştir. On iki (%6) hekim çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Sonuç olarak çalışmamıza 139 (%71) hekim katılmıştır (Şekil 1).

Çalışmanın etik kurul izni Malatya İnönü Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'na verilmiş olup, ayrıca Muş İl Sağlık Müdürlüğü'nden de gerekli izinler alınmıştır.

Veri toplama araçları

1. Sosyodemografik ve Mesleki Bilgileri Sorgulayan Görüşme Anketi: Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve çalışma yaşamına ait özellikleri sorgulayan bir anket formudur. Sosyodemografik bilgiler içerisinde cinsiyet, yaş, medeni hal, ikamet edilen yer (ev-lojman, otel-misafırhane), evliyse eşinin nerede yaşadığı (birlikte, ayrı); çalışma yaşamına ait özellikler içerisinde ise meslek (uzman, pratisyen), çalıştığı kurum (hastane, sağlık ocağı), meslekte ge-

çirilen süre (yıl), mümkün olsa tekrar aynı mesleği seçmek isteyip istemeyeceği, çocuğunun hekim olmasını isteyip istemeyeceği, çalışma koşullarını genel olarak nasıl değerlendirdiği (iyi, orta, kötü), günlük ortalama bakılan hasta sayısı (1-50, 51-100, 101 ve üzeri), çalışılan birimde kendi dalında başka hekimin varlığı, geliriyle ilgili tutumu (yeterli bulması veya bulmaması), tamamlanan DHY süresi (DHY süresinin ilk veya ikinci yarısı içinde olma), DHY uygulaması hakkındaki değerlendirmesi (yararlı bulup bulmadığı), DHY kurasındaki atanma şekli (tercihle veya genel kura ile atanma) sorgulanmıştır.

2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach tarafından geliştirilen, tükenmişliği duygusal tükenmişlik (MTÖ-DT) 9 madde, duyarsızlaşma (MTÖ-D) 5 madde, kişisel başarı (MTÖ-KB) 8 madde olmak üzere 3 ayrı boyutta değerlendirilen, toplamda 22 maddeden oluşan bir ölçektir (Maslach ve Jackson 1981). Ergin (1993) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçekteki maddeler "hiçbir zaman" 0 ve "her zaman" 4 puan olacak şekilde beş basamaklı bir çizelge üzerinden değerlendirilir. MTÖ-D ve MTÖ-DT alt ölçeklerinden elde edilen puanlar tükenmişlik düzeyi ile doğru orantılı iken, MTÖ-KB alt ölçeğinden elde edilen puanlar ters orantılıdır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları: DT için 0,83; D için 0,65; KB için ise 0,72'dir.

3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961'de geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (Beck 1961). "0" ile "3" arasında derecelendirilen dördümlü Likert tipinde 21 maddeden oluşan bir ölçek olup en düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilir. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Türkçede geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (Cronbach alfa = 0,74).

4. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12): Toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkları saptamak ve kişilerin psikolojik stres düzeylerinin belirlenmesi amacı ile oluşturulmuş bir tarama testidir. Goldberg (1972) tarafından geliştirilen ölçeğin, çalışmamızda 12 soruluk formu kullanılmış olup Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır (Cronbach alfa = 0,78). Ölçeğin puanlanmasında iki yöntem kullanılmaktadır. Birincisi, dördü ölçeğin 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlanmasıdır. GSA tipi puanlama adı verilen diğer bir yöntemle her sorunun ilk iki yanıtına 0 ve son 2 yanıtına 1 puan verilir. Buna göre GSA 12 için kesme puanı 1/2 olarak hesaplanmıştır. Bir başka ifadeyle “2” puan üzeri alanların psikiyatrik sorunları olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda GSA tipi puanlama kullanılmıştır.

5. İş Doyumu Ölçeği (İDÖ): Batıgün ve Şahin (2006) tarafından geliştirilen ölçekte işten alınan doyum 32 madde üzerinden değerlendirilmektedir. Beşli Likert tipi bir ölçek olup ölçekten elde edilen puan iş doyumu ile doğru orantılıdır. Altı alt ölçekli bir faktör yapısı (işletme politikaları, bireysel faktörler, fiziksel koşullar, kontrol/otonomi, ücret, kişilerarası ilişkiler) gösteren İDÖ'nün Cronbach alfa katsayıları 0,53 -0,94 arasında değişmektedir.

6. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ): Diener (1984) tarafından geliştirilen ve beş maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yetim (1993) tarafından yapılmıştır. Her bir soruya verilen yanıtlar 1-7 arasında puanlanır ve ölçekten alınan toplam puan 5-35 arasında değişir. Toplam puan ile yaşam doyumu birbiriyle doğru orantılıdır.

7. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ): Stamm (2005) tarafından geliştirilmiş olup Türkçede geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Mesleki tatmin (ÇYKÖ-MT), tükenmişlik (ÇYKÖ-T) ve eşduyum yorgunluğu (ÇYKÖ-EY) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur. Cronbach alfa katsayı değerleri sırasıyla 0,87, 0,72 ve 0,80'dir. ÇYKÖ-MT alt ölçeğinden alınan puan yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyi ile doğru orantılıdır. ÇYKÖ-T alt ölçeği, umutsuzluk ve iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Bu ölçekten alınan yüksek puan tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. ÇYKÖ-EY alt ölçeği ise stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuştur.

Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS 11.5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. İkili grupların sayısal değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda student

t testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann-Whitney U testi; ikiden çok grubun sayısal değerlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sürekli değişkenlerin ilişki analizlerinde ise Pearson iki yönlü korelasyon analizi kullanılmıştır. Tükenmişliği öngören faktörler lineer regresyon analizi ile saptanmıştır. Regresyon modeline sosyodemografik ve mesleki veriler içerisinde tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmalarda en çok değerlendirilen değişkenler olan cinsiyet, medeni hal, meslek (uzman-pratisyen), günlük bakılan ortalama hasta sayısı; ölçek skorlarından BDÖ, İDÖ ve YDÖ dahil edilmiştir. Korelasyon matrisinde GSA-12 BDÖ ile ($r=0,67$), ÇYKÖ alt boyutları ise MTÖ alt boyutları ile (örn. DT ile ÇYKÖ-T arasında $r=0,70$) yüksek korelasyon gösterdiğinden regresyon modeline dahil edilmemiştir. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza dahil olan 139 hekimin 63'ü (%45,3) uzman hekim olup, DHY olanların sayısı 100 (% 71,9) olarak tespit edilmiştir. Çalışma grubunu DHY olan ve olmayanlar şeklinde ikiye ayırdığımızda iki grubun sosyodemografik ve mesleki değişkenlerin verileri ve aralarındaki farkların istatistiksel değerlendirmesi Tablo 1'de sunulmuştur. İki grup karşılaştırıldığında DHY hekimlerin yaşlarının, hekim olarak çalışma sürelerinin, evli olanların sayısının, eşleriyle birlikte yaşama oranının, ev ya da lojmanda ikamet etme oranının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. DHY olan hekimler genel olarak çalışma koşullarının kötü olduğunu, gelirlerini yetersiz bulduklarını, çocuklarının hekim olmasını istemediklerini ifade etmişler ve yine iki grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

DHY olan ve olmayan hekimler ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında DHY olanlarda GSA-12, ÇYKÖ-T ve ÇYKÖ-MY puanlarının daha yüksek, YDÖ puanının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

DHY olan hekimlerde sosyodemografik ve mesleki değişkenlerin tükenmişlik alt boyutlarının her biriyle olan ilişkisi incelendiğinde: Duygusal tükenmişlikle çalışma koşullarını olumsuz olarak değerlendirme, DHY uygulamasının yararlı olmadığını düşünme, tekrar aynı mesleği seçmek istememe ve çocuğunun da hekim olmasını istememe arasında; duyarsızlaşma ile uzman hekim olma, meslekte geçirilen yıl, çalışılan kurum ve DHY atama kurasında tercihle atanma arasında; kişisel başarı ile çalışılan yerde aynı branşta başka hekimin varlığı, DHY atama kurasında genel kura ile atanma ve günlük bakılan ortalama hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

TABLO 1. DHY Olan ve Olmayan Hekimlerde Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler.

	DHY olanlar (s: 100)	DHY olmayanlar (s: 39)	İstatistik değerlendirme
Cinsiyet	Kadın: 35 (%35) Erkek: 65 (%65)	Kadın: 11 (%28) Erkek: 28 (%72)	$\chi^2 = 0,58$ AD
Yaş (yıl)	29,6±4,0 (min: 23, max: 41)	34,8±4,8 (min: 28, max: 50)	t= -6,48***
Medeni hal	Evli: 41 (%41) Bekar: 59 (%59)	Evli: 31 (%80) Bekar: 8 (%20)	$\chi^2 = 16,64$ ***
İkamet	Ev-Lojman: 74 (%74) Otel-misafirhane: 26 (%26)	Ev-Lojman: 36 (%92) Otel-misafirhane: 3 (%8)	$\chi^2 = 5,69$ *
Eş ikamet	s: 41 Birlikte: 24 (%58) Ayrı: 17 (%42)	s: 31 Birlikte: 28 (%90) Ayrı: 3 (%10)	$\chi^2 = 8,89$ **
Meslek	Uzman: 44 (%44) Pratisyen: 56 (%56)	Uzman: 19 (%49) Pratisyen: 20 (%51)	$\chi^2 = 0,25$ AD
Meslekte geçirilen yıl ortalaması	4,7±4,1 (min: 0, max: 16)	9,5±4,3 (min: 3, max: 21)	t= -6,11***
Tekrar aynı mesleği seçer misiniz?	Evet: 67 (%67) Hayır: 33 (%33)	Evet: 28 (%72) Hayır: 11 (%28)	$\chi^2 = 0,29$ AD
Çocuğunuzun hekim olmasını ister misiniz?	Evet: 33 (%33) Hayır: 67 (%67)	Evet: 23 (%59) Hayır: 16 (%41)	$\chi^2 = 7,86$ **
Genel olarak çalışma koşullarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	İyi: 8 (%8) Orta: 58 (%58) Kötü: 34 (%34)	İyi: 12 (%31) Orta: 16 (%41) Kötü: 11 (%28)	$\chi^2 = 11,91$ **
Günlük ortalama bakılan hasta sayısı	s: 96 1-50: 38 (%39) 51-100: 38 (%39) 101 ve yukarısı: 20 (%21)	s: 36 1-50: 13 (%36) 51-100: 17 (%47) 101 ve yukarısı: 6 (%17)	$\chi^2 = 0,67$ AD
Çalıştığınız birimde kendi dalınızda başka hekim var mı?	Var: 75 (%75) Yok: 25 (%25)	Var: 24 (%61) Yok: 15 (%39)	$\chi^2 = 2,48$ AD
Gelirinizi yeterli buluyor musunuz?	Evet: 25 (%25) Hayır: 75 (%75)	Evet: 17 (%44) Hayır: 22 (%56)	$\chi^2 = 4,59$ *
DHY uygulamasını yararlı buluyor musunuz?	Evet: 52 (%52) Hayır: 48 (%48)	Evet: 25 (%64) Hayır: 14 (%36)	$\chi^2 = 1,66$ AD

χ^2 : Ki kare; t: student t test; AD: İstatistiksel olarak anlamlı değil; * :p<0,05; ** :p<0,01; ***:p<0,001; DHY: Devlet Hizmet Yükümlülüğü.

DHY olan hekimlerde tükenmişlik ve araştırmada kullanılan ölçeklerin puanları arasındaki ilişki incelendiğinde kişisel başarı ile İDÖ ve ÇYKÖ-EY puanları arasındaki hariç diğer tüm ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

DHY olan hekimlerde tükenmişliğin her bir alt boyutunun yordayıcılarını saptamak için uygulanan lineer regresyon analizine göre: Duygusal tükenmişliğin yordayıcıları BDÖ, İDÖ, YDÖ ve günlük bakılan ortalama hasta sayısı; duyarsızlaşmanın yordayıcıları BDÖ, İDÖ ve günlük bakılan ortalama hasta sayısı; kişisel başarının yordayıcıları BDÖ, günlük bakılan ortalama hasta sayısı ve cinsiyet (kadın>erkek) olarak bulunmuştur (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışmamızda DHY uygulamasının hekimler üzerinde yarattığı etkilerin tükenmişlik ekseninde incelenmesi hedeflenmiş-

tir. Bu doğrultuda çalışmamızda elde edilen veriler iki ayrı aşamada değerlendirilmiştir. Öncelikle DHY olanlar ve olmayanlar karşılaştırılarak DHY olan hekimlerin maruz kaldığı farklı stres faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır; ikinci aşamada sadece DHY olan hekimlerde tükenmişlikle ilişkili olabilecek faktörler incelenmeye çalışılmıştır. Çalışmamız konu üzerine yapılan diğer çalışmalardan iki yönden farklılık arz etmektedir. Birincisi alan yazından bilebildiğimiz kadarıyla özel olarak DHY'yi yerine getirmekte olan hekimlerde tükenmişliği araştırmayı hedefleyen ilk kantitatif çalışmadır. İkincisi, daha önce ülkemizde alanda yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak örneklem grubu bir il sınırları içinde çalışan tüm hekimleri kapsayan ilk çalışmadır. Bu nedenle çalışmamızda diğer çalışmalarda bir kısıtlılık olarak ortaya çıkan örneklem seçme yanlılığı (sample selection bias) bulunmamaktadır.

Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamış olsa da

TABLO 2. DHY Olan ve Olmayan Hekimlerin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.

	Devlet Hizmet Yükümlüsü olanlar (s: 100)	Devlet Hizmet Yükümlüsü olmayanlar (s: 39)	İstatistik değerlendirme
MTÖ-DT	14,95±6,87	14,82±7,47	t = 0,09 AD
MTÖ-D	5,97±3,40	5,38±3,15	t = 0,93 AD
MTÖ-KB	20,04±3,79	21,15±3,92	t = -1,54 AD
GSA-12	3,31±3,36	1,71±2,83	t = -2,61**
BDÖ	9,51±7,57	6,94±8,49	t = -1,64 AD
İDÖ	95,59±18,43	101,48±21,89	t = 1,48 AD
YDÖ	20,17±6,61	24,87±5,63	t = 4,20***
ÇYKÖ-MT	31,85±7,92	33,69±7,85	t = 1,23 AD
ÇYKÖ-T	18,73±6,88	15,92±5,71	t = -2,25*
ÇYKÖ-EY	15,62±7,61	12,74±6,80	t = -2,16*

t: student t test; AD: istatistiksel olarak anlamlı değil; *: p<0.05; **: p<0.01; ***: p<0.001; DHY: Devlet Hizmet Yükümlülüğü; MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duygusal Tükenmişlik; MTÖ-D: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duyarsızlaşma; MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı; GSA-12: Genel Sağlık Anketi-12; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; İDÖ: İş Doyumu Ölçeği; YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği; ÇYKÖ-MT: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Mesleki Tatmin; ÇYKÖ-T: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Tükenmişlik; ÇYKÖ-EY: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Eşduyum Yorgunluğu.

DHY olan hekimlerin MTÖ ile ölçülen tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Öte yandan ÇYKÖ-T alt boyutu ile değerlendirilen tükenmişlik düzeyi istatistiksel açıdan da anlamlı olacak şekilde daha yüksektir. GSA-12 ile ölçülen psikiyatrik belirti ve psikolojik stres düzeyi de anlamlı olarak DHY olan hekimlerde daha yüksektir. Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde DHY'nin, hekimlerde ek bir stres yaratarak tükenmişlik düzeyinin artmasına katkıda bulunduğunu sonucuna varılmıştır.

İki grup karşılaştırıldığında DHY olan hekimlerin yaşlarının daha küçük olduğu saptanmıştır. DHY olan hekimlerin tıp fakültelerini ya da ihtisaslarını tamamlamalarını takiben atandığı göz önüne alındığında bu beklenen bir veridir. DHY olmayan hekimlerin meslekte daha uzun yıllardır çalışıyor olması ve evli olanların oranının daha fazla bulunması da bu durumla ilişkilendirilmiştir. Öte yandan yapılan çalışmalarda genel olarak yaşın ve mesleki tecrübenin artması ile birlikte tükenmişlik düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (Taycan ve ark. 2006, Dolunay 2002, Ergin 1996, Pejuskovic ve ark. 2011). Dolayısıyla yaş ve mesleki tecrübenin daha düşük olmasının DHY olan hekimlerde tükenmişlik düzeyinin daha yüksek saptanmasına katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmüştür. DHY olan hekimlerde ev ya da lojmanda ikamet etme oranları DHY olmayan hekimlere göre daha düşük bulunmuştur. Muş'ta DHY süresi 450 ile 300 gün arasında değişmektedir. Atanan bazı hekimler bu süreyi ev ya da lojman yerine otel ya da misafirhanelerde geçirmeyi tercih etmektedir. Evli olanların bir kısmı da DHY süresini bitirir bitirmez ayrılmayı

planladıklarından eşlerini ve çocuklarını Muş'a getirmek yerine yalnız yaşamayı seçmektedirler. Her iki durumun kişide yaratacağı ek stres, yaşanan yere ve işe uyum sağlanmasında ve aidiyet duygusu geliştirilmesinde yol açacağı olumsuzluklar ve neticede tükenmişliğe olan katkısı aşîkârdır. Çalışmamızda hem ikamet edilen yer, hem de evli olanların eşleriyle birlikte yaşama oranları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmış olması DHY'nin hekimlerde tükenmişlik düzeyini arttırdığı ya da katkıda bulunduğu şeklinde değerlendirilmiştir. "Mümkün olsa tekrar aynı mesleği seçer misiniz?" sorusuna verilen yanıtlar açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmazken, "Çocuğunuzun hekim olmasını ister misiniz?" sorusuna DHY olan hekimlerin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturacak şekilde olumsuz yanıt vermesi dikkat çekici bir veri olarak görülmüştür. Bu veri, DHY olan hekimlerin meslek seçimlerinden dolayı pişman olmadıkları ancak mevcut durumu travmatik yaşadıkları, kabullenmekte ve uyum sağlamakta zorlandıkları ve boyun eğdikleri fakat gelecek kuşakların aynı olumsuz koşullarla karşılaşmamaları için hekimlik mesleğini seçmelerini istemedikleri şeklinde değerlendirilmiştir. Tükenmişliğin en önemli belirtilerinden olan umutsuzluk ve çaresizlik duygularını içeren bu durumun, hekimlerin mesleklerine yabancılaşmasına ve tükenmişlik düzeylerinin artmasına katkı yaptığı yorumuna varılmıştır. Her iki grup da benzer günlük bakılan ortalama hasta sayısına ve nesnel çalışma koşullarına sahipken, DHY olan hekimlerin çalışma koşullarını daha olumsuz algıladığı belirlenmiştir. Hollanda'da 1435 uzman hekimle yapılan bir çalışmada iş doyumunu ve stresinin en önemli belirleyicisinin algılanan çalışma

TABLO 3. DHY Olan Hekimlerde Tükenmişlikle İlişkili Faktörler.

	Duygusal tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Cinsiyet	t= 0,66 NS	t= -0,73 NS	t= 1,70 NS
Yaş	r =0,15 NS	r =0,15 NS	r =-0,00 NS
Medeni hal	t= 1,70 NS	t= 1,33 NS	t= -1,32 NS
İkamet	z= -0,74 NS	z= -0,83 NS	z= -1,00 NS
Eş ikamet	t: 0,12 NS	t= 0,06 NS	t= -0,58 NS
Meslek	Uzman: 16,18±6,96 Pratisyen: 13,98±6,71 t= -1,60	Uzman: 6,97±3,15 Pratisyen: 5,17±3,40 t= -2,70**	Uzman: 19,70±3,81 Pratisyen: 20,30±3,78 t= 0,78
Meslekte geçirilen yıl ortalaması	r =0,15 NS	r =0,24*	r =-0,06 NS
Çalıştığı kurum	Devlet Hst: 15,62±7,06 Sağlık O: 14,09±6,75 t= 1,08	Devlet Hst: 6,82±3,38 Sağlık O: 4,76±3,13 t= 3,07**	Devlet Hst: 19,46±3,84 Sağlık O: 20,85±3,70 t= -1,80
Tekrar aynı mesleği seçer misiniz?	t= 3,18** (hayır > evet)	t= 1,06 NS	t= -1,71 NS
Çocuğunuzun hekim olmasını ister misiniz?	t= 2,08* (hayır > evet)	t= 0,56 NS	t= -1,73 NS
Genel olarak çalışma koşullarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	İyi: 11,50±4,47 Orta: 14,17±6,64 Kötü: 17,08±7,27 F=3,15*	İyi: 6,50±2,44 Orta: 5,41±3,00 Kötü: 6,79±4,06 F=1,90	İyi: 19,75±2,43 Orta: 20,37±3,53 Kötü: 19,52±4,45 F=0,55
Günlük ortalama bakılan hasta sayısı	1-50: 13,18±6,54 51-100: 15,73±6,87 101 ve ↑ : 16,40±6,83 F=2,02	1-50: 4,71±2,81 51-100: 6,52±3,56 101 ve ↑ : 6,85±3,49 F=4,03*	1-50: 21,36±3,89 51-100: 19,21±3,44 101 ve ↑ : 19,50±3,96 F=3,51*
Çalıştığınız birimde kendi dalgınızda başka hekim var mı?	z= -0,89 NS	z= -1,53 NS	z= 2,29* (yok > var)
Gelirinizi yeterli buluyor musunuz?	t= 0,83 NS	t= 0,35 NS	t= 0,72 NS
Tamamlanan DHY süresi	z= -0,51 NS	z= -0,55 NS	z= -0,68 NS
DHY uygulamasını yararlı buluyor musunuz?	Hayır: 16,33±6,92 Evet: 13,67±6,65 t= 1,96*	Hayır: 6,50±3,49 Evet: 5,48±3,26 t= 1,50	Hayır: 19,85±3,71 Evet: 20,21±3,89 t= -0,46
DHY kurası tercih sıralaması	t= 0,85 NS	t= 2,50* (tercih > genel kura)	t= -2,37* (genel kura > tercih)

t : student t testi; z : Mann Whitney U testi; F: tek yönlü varyans analizi; AD: istatistiksel olarak anlamlı değil; * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; DHY: Devlet Hizmet Yükümlülüğü.

koşulları olduğu bildirilmiştir (Visser ve ark. 2003). Benzer şekilde her iki grup da yaklaşık aynı gelir düzeyinde olmasına rağmen, DHY olanlar gelirlerini yetersiz görmektedirler. Maddi gelirini yetersiz bulmanın hekimlerin tükenmişlik düzeyi ile ilişkili olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Havle ve ark. 2008). İki grup arasındaki temel farkın DHY uygulaması olduğu göz önüne alındığında, bu iki durumun da DHY'nin hekimler üzerinde yarattığı olumsuz etkilerle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Hekimler üzerine yapılmış diğer araştırmalarla (Ünal ve ark. 2001, Erol ve ark. 2007, Havle ve ark. 2008, Aslan ve ark. 2005) karşılaştırıldığında çalışmamızda genel olarak DHY olan hekimlerde tükenmişlik ve depresif belirti puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. DHY olmayan hekimlerle karşılaştırıldığında ise MTÖ ve BDÖ puanlarının daha

yüksek; İDÖ ve ÇYKÖ-MT puanlarının daha düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadığı görülmektedir. Bu sonucun her iki grup hekimin de Muş ilindeki benzer olumsuz çalışma koşullarına maruz kalması ile ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür. Öte yandan DHY olanlarda GSA-12, ÇYKÖ-T ve ÇYKÖ-EY puanlarının daha yüksek, YDÖ puanının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bazı değişkenler açısından aradaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte, DHY dışında her iki hekim grubunun da benzer nesnel koşullarda çalıştığı göz önüne alındığında, DHY olan hekimlerin daha fazla strese maruz kaldıkları, yaşam ve işten alınan doyum ve yaşam kalitesinin daha düşük, tükenmişlik, depresif ve genel psikiyatrik belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

TABLO 4. DHY Olan Hekimlerde Tükenmişlik ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.

	MTÖ-DT	MTÖ-D	MTÖ-KB
MTÖ-DT	-	0,73***	-0,42***
MTÖ-D	0,73***	-	-0,45***
MTÖ-KB	-0,42***	-0,45***	-
GSA-12	0,64***	0,46***	-0,33***
BDÖ	0,53***	0,48***	-0,28**
İDÖ	-0,38***	-0,36***	0,18 AD
ÇYKÖ-MT	-0,48***	-0,48***	0,54***
ÇYKÖ-T	0,70***	0,59***	-0,45***
ÇYKÖ-EY	0,44***	0,47***	-0,13 AD
YDÖ	-0,43***	-0,28**	0,20*

Pearson korelasyon katsayıları; AD: istatistiksel olarak anlamlı değil;
* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; DHY: Devlet Hizmet Yükümlülüğü;
MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duygusal Tükenmişlik; MTÖ-D: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Duyarsızlaşma; MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Kişisel Başarı; GSA-12: Genel Sağlık Anketi-12; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; İDÖ: İş Doyumu Ölçeği; YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği; ÇYKÖ-MT: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Mesleki Tatmin; ÇYKÖ-T: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Tükenmişlik; ÇYKÖ-EY: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Eşduygu Yorgunluğu.

Çalışmamızda sadece DHY olan hekimler tükenmişlik ekseninde incelendiğinde, duyarsızlaşmanın uzman hekimlerde pratisyen hekimlere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bununla bağlantılı olarak meslekte çalışma süresi arttıkça duyarsızlaşma düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan uzman hekimlerin hepsinin devlet hastaneleri ya da özel tıp merkezinde, pratisyen hekimlerin ise ağırlıklı olarak sağlık ocaklarında çalıştıkları ve devlet hastanelerinde çalışan hekimlerde duyarsızlaşmanın anlamlı ölçüde daha fazla olduğu saptanmıştır. Buna göre, uzman hekimlerde duyarsızlaşma düzeyinin yüksek bulunmasının, hastane gibi iş yükü ve stresin daha fazla olduğu bir ortamda çalışılması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Alan yazına baktığımızda, bazı çalışmalarda yaş ve mesleki deneyimin artması ile birlikte duyarsızlaşmanın azaldığını bildiren yayınların (Erol ve ark. 2007, Özyurt ve ark. 2006, Aslan ve ark. 2005, Pejuskovic ve ark. 2011) yanında bizim çalışmamızdaki sonuca benzer şekilde uzman hekimlerde tükenmişliğin daha fazla görüldüğünü bildiren bir araştırma da mevcuttur (Havle ve ark. 2008). Çalışmamızda ayrıca hekimlik mesleğini tekrar seçmeyeceğini ifade edenlerde, çocuklarının da hekim olmasını istemeyenlerde, çalışma koşullarını ve DHY uygulamasını olumsuz olarak değerlendirenlerde duygusal tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sayıl ve arkadaşları (1997) da çalışma ortamında sorun yaşadığını bildiren ve mesleklerini isteyerek seçmemiş olan hekim ve hemşirelerde duygusal tükenmenin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmalarda daha önce birçok defa gösterildiği üzere (Erol ve ark. 2007, Karlıdağ ve ark. 2000) çalışmamızda da günlük

bakılan hasta sayısı arttıkça yani iş yükündeki artışa paralel olarak duyarsızlaşma artarken, kişisel başarının azaldığı saptanmıştır. Ruh sağlığı çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada benzer şekilde, bakılan hasta sayısının artması, fiziksel koşullardan memnun olmama, mesleği isteyerek seçmemiş olma ve geleceği umutsuz olarak değerlendirme durumu tükenmişlik düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (Oğuzberk ve Aydın 2008). Çalışılan birimde aynı daldan bir meslektaş bulunmayan hekimlerde kişisel başarı puanları daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç yalnız çalışmanın hekimlerde yeterlilik duygusunun ve daha otonom davranabilme kapasitesinin gelişmesini sağlayarak, kişisel başarı hissini arttırdığı şeklinde yorumlanmıştır (Penson ve ark. 2000). Çalışmamızda ortaya çıkan diğer bir dikkat çekici sonuç ise DHY kurasında tercih ile atananlarda tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olmasıdır. DHY’de atamalar kura ile olmakta ve katılımcılardan ilan edilen münhal kadrolar arasında 5 tercih yapmaları istenmektedir. Kuranın ilk aşamasında tercih ettiği yere yerleştiremeyenler genel kuraya kalarak hiç kimse tarafından tercih edilmemiş, bir başka ifadeyle “en kötü” yerlere rasgele atanmaktadırlar. Çalışmamızda Muş’a genel kura ile atanan hekimlerin daha az tükenmiş olmasının beklenti düzeyi ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Tercih ile gelenlerde atandıkları yere ilişkin bir beklenti oluşurken rasgele genel kura ile atananlar en kötü yere atandıkları düşüncesi ile beklentilerini düşük tutuyor ve dolayısıyla mevcut koşullara uyum sağlamakta daha az zorlanıyor olabilirler. Oysaki “tercih” ederek atanan hekimlerde beklentilerin karşılanmaması motivasyonun düşmesine ve çaresizlik hissine neden olarak tükenmişliğin ortaya çıkmasında rol oynuyor olabilir.

Çalışmamızda DHY olan hekimlerde tükenmişlik ile diğer ölçek puanları arasında MTÖ-KB ile İDÖ ve ÇYKÖ-MY dışında kalanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Stres ve tükenmişlik düzeyi yüksek olan böylesi bir örneklem grubunda bu durum beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Birçok çalışmada da benzer sonuçlar gösterilmiştir (Erol ve ark. 2007, Özyurt ve ark. 2006, Ünal ve ark. 2001, Thommasen ve ark. 2001).

Çalışmamızın son kısmında ise DHY olan hekimlerde tükenmişliğin yordayıcıları incelenmiştir. Depresif belirti düzeyinin ve bakılan ortalama hasta sayısının tükenmişliğin her üç boyutunun da yordayıcıları olduğu saptanmıştır. Tükenmişlik ve depresyonun örtüşen özellikleri olmasına rağmen ayrı sendromlar olduğu ama birlikte görülebildikleri kabul edilmektedir (Mc Knight ve Glass 1995, Ahola ve ark. 2005, Bakır ve ark. 2010). Depresif belirti düzeyi ve bakılan hasta sayısı yani iş yükünün fazla olması ile tükenmişlik arasındaki yakın ilişki birçok başka çalışmada gösterilmiştir (Ahola ve ark. 2006, Erol ve ark. 2007, Oğuzberk ve Aydın 2008, Karlıdağ ve ark. 2000). Araştırmamızda iş doyumunun hem duygusal tükenmişliği hem de duyarsızlaşmayı yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlarla uyumlu olarak, haftalık

TABLO 5. DHY Olan Hekimlerde MTÖ Alt Boyutlarını Yordayan Değişkenler.

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B	SH	β	t
Duygusal tükenmişlik	BDÖ	0,34	0,08	0,37	4,06***
	İDÖ	-0,07	0,03	-0,21	-2,40*
	Ortalama hasta sayısı (0=1-50; 1=51 ve üzeri)	2,64	1,15	0,19	2,25*
	YDÖ	-0,20	0,10	-0,19	2,01*
R ² (Düzeltilmiş R ²)					0,41(0,36) ***
Duyarsızlaşma	BDÖ	0,19	0,04	0,42	4,62***
	Ortalama hasta sayısı (0=1-50; 1=51 ve üzeri)	1,73	0,57	0,25	3,04**
	İDÖ	-0,04	0,01	-0,24	-2,79**
R ² (Düzeltilmiş R ²)					0,42 (0,37) ***
Kişisel başarı	BDÖ	-0,14	0,05	-0,27	-2,63*
	Ortalama hasta sayısı (0=1-50; 1=51 ve üzeri)	-2,07	0,74	-0,26	-2,80**
	Cinsiyet (0=kadın; 1=erkek)	-1,92	0,76	-0,23	-2,52*
R ² (Düzeltilmiş R ²)					0,24 (0,18) ***

B: Standardize edilmemiş Beta katsayısı; β : Standardize edilmiş Beta katsayısı; SH: Standard hata; * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; DHY: Devlet Hizmet Yü-kümlülüğü; MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; İDÖ: İş Doyumu Ölçeği; YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği.

çalışma saati yani iş yükünün (Shanafelt ve ark. 2009) ve iş doyumunu düzeyinin (Visser ve ark. 2003) tükenmişliğin yordayıcılarından olduğu farklı çalışmalarda bildirilmiştir. Son olarak araştırmamızda kadın cinsiyetinin kişisel başarının yordayıcılarından olduğu tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, kadın hekimlerin erkek meslektaşlarına oranla kendilerini daha başarılı buldukları ortaya çıkmıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda kişisel başarı ile cinsiyet arasındaki ilişki hakkında farklı sonuçlar bildirilmiştir. Çoğunlukla ilişki olmadığını belirten çalışmaların (Pejuskaovic ve ark. 2011, Sayıl ve ark. 1997, Şahin ve ark. 2008) yanında erkeklerde kişisel başarı düzeyinin daha yüksek olduğunu (Havle ve ark. 2008) ya da tersini iddia eden çalışmalar da mevcuttur (Dikmetaş ve ark. 2011). Erol ve arkadaşları (2007) 117 asistan hekimle yaptıkları çalışmada duygusal tükenmişliği yordayan değişkenlerin MTÖ-D ve BDÖ puanları, duyarsızlaşmayı yordayanların MTÖ-DT puanı ve nöbet sayısı, kişisel başarıyı yordayan değişkenin ise İDÖ puanı olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise duyarsızlaşmanın yordayıcıları MTÖ-KB, MTÖ-DT, İDÖ puanları ve yaş olarak bulunmuştur (Kocabıyık ve Çakıcı 2008).

Araştırmamızın kesitsel özellikte olması nedenselliğin belirlenmesinde kısıtlılığa yol açmaktadır. Sonuçlarımızın ülkemizin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi daha yüksek bir başka bölgesinde çalışan hekimlerle karşılaştırılmamış olması bir diğer kısıtlılık olarak kabul edilmiştir. Böylesi bir karşılaştırmanın DHY ile ilgili sorunların ve sonuçların daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca ülkemizde

uygulanmakta olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlık hizmeti sunumunda birçok değişikliğe yol açmıştır. Sağlık çalışanları arasında programın uygulamalarıyla ilgili tartışmalar devam etmekte ve hekimler açısından özellikle performans sistemi, çalışma ve hasta yükünün artışı, hekime yönelik şiddetle gözle görülür yükselme ve hekimlerin kendilerini güvende hissetmemeleri, mesleki saygınlıkta yaşanan erozyon ve etkileri gibi sorunlar ön plana çıkmaktadır. Bu sorunların tükenmişliğe katkıda bulunabileceği ortadadır. Çalışmamızda bu değişkenlerin etkisinin kontrol edilmemiş olması bir diğer kısıtlılık olarak kabul edilebilir.

Elde edilen sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde DHY olan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun DHY uygulamasının özellikleri ile yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Tükenmişlik bireysel düzeyde çökkün duyguduruma, değersizlik hissine, çabuk öfkelenmeye, benlik saygısında düşmeye, eleştiriye tahammülsüzlüğe, ümitsizliğe, iş ve iş dışındaki ilişkilerde bozulmaya, işleri ertelemeye, sık hata yapmaya; organizasyonel düzeyde ise ekonomik zararlara, çalışma barışının zedelenmesine, iş veriminin düşmesine, iş doyumunun azalmasına ve çalışanların işten ayrılmasına, sunulan hizmet niteliğinin azalmasına ve hasta hekim ilişkisinin zedelenmesine neden olmaktadır (Kaçmaz 2005). DHY uygulaması hekimleri kendi kontrolleri altında olmayan ve stres yaratan faktörlere maruz bırakarak tükenmişlik düzeyinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Aşırı iş yükü, profesyonel ve sosyal izolasyon, çalışılan bölgede karşılaşılan mesleki ve sosyal yetersizlikler, hizmet bitimi sonrası tayin aşamasında

maruz kalınan haksız uygulamalar, yönetsel sorunlar ve DHY uygulamasındaki adaletsizlikler bu stres faktörlerinden bazılarıdır. Halihazırda kendi içerisinde tartışmalı olan bu uygulamanın mümkünse kaldırılması; kısa vadede bu mümkün

KAYNAKLAR

- Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M ve ark. (2006) Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med* 48:1023-30.
- Arslan H, Ünal M, Aslan O ve ark. (1996) Pratisyen hekimlerde tükenme düzeyleri. *Düşünen Adam* 9:48-52.
- Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E ve ark. (2005) Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Bakır B, Özer M, Özcan CT ve ark. (2010) The association between burnout and depressive symptoms in a Turkish military nurse sample. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 20:160-3.
- Batıgün AD, Şahin NH (2006) İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumu. *Türk Psikiyatri Derg* 17:32-45.
- Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 4:561-71.
- Bilici M, Mete F, Soyulu C ve ark. (1998) Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Derg* 9:181-90.
- Deiner E (1984) Subjective well being. *Psychol Bull* 95:542-75.
- Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF (2003) Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud* 40: 807-27.
- Dikmetaş E, Top M, Ergin G (2011) Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 22:137-49.
- Diñer B, Özasan M, Kavasoglu T (2003) İllerin ve bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması. Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No DPT 2671.
- Dolunay AB (2002) Keçiören ilçesi “genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu” araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 55:51-62.
- Embrıaco N, Azoulay E, Barrau K ve ark. (2007) High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 175:686-92.
- Ergin C (1993) Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını s.143-54.
- Ergin C (1996) Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi* 4:28-33.
- Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş (2007) Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8:241-7.
- Fredeunberger HJ (1974) Staff burn-out. *J Soc Issues* 30:159-65.
- Goldberg DP (1972) Detecting psychiatric illness by questionnaire. Oxford. Oxford University Press.
- Havle N, İlnem MC, Yener F ve ark. (2008) İstanbul’da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyumu ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Düşünen Adam* 21:4-13.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 7:3-13.
- Kaçmaz N (2005) Tükenmişlik (Burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 68:29-32.
- Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S (2000) Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik. *Türk Psikiyatri Derg* 11:49-57.
- Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 7:3-11.
- Kocabıyık ZO, Çakıcı E (2008) Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9:132-8.

değilse uygulamadaki aksaklıkların giderilmesi için gerekli önlemlerin hayata geçirilmesi hem hekimlerde tükenmişliği azaltıp iş doyumunu arttıracak hem de hastalar tarafından alınan hizmet kalitesini yükseltecektir.

- Kokkinos MC (2007) Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *Br J Educ Psychol* 77:229-43.
- Maslach C, Jackson SE (1981) Manuel Maslach Burnout Inventory. 2. Baskı. Palo Alto. California Consulting Psychologists Pres., s.1-17.
- Mc Knight JD, Glass DC (1995) Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: a replication and extension. *J Consult Clin Psychol* 1963:490-4.
- Oğuzberk M, Aydın A (2008) Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri* 11:167-79.
- Örmen U (1993) Tükenmişlik duygusu ve öğrenciler üzerinde bir uygulama. İstanbul: M.Ü. Sosyal bilimler Enstitüsü. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi.
- Özyurt A, Hayran O, Sur H (2006) Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med* 99:161-9.
- Pejuskovic B, Lecic-Tosevski D, Priebe S ve ark. (2011) Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub* 23:389-95.
- Penson RT, Dignan FL, Canellos GP ve ark. (2000) Burnout: Caring for caregivers. *Oncologist* 5:425-34.
- Resmi Gazete (2005, Temmuz 5) Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Sayı: 25866 Kanun Sayı: 5371 <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050705.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050705.htm>.
- Ruitenburg MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK (2012) The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 12:292.
- Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş ve ark. (1997) Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi* 5:71-7.
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GL ve ark. (2009) Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg* 250:463-71.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L ve ark. (2012) Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med* 20:1-9
- Stamm BH (2005) The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout and Compassion Fatigue/Secondary Trauma scales. Pocatello. Idaho State University and Sidran Press.
- Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş ve ark. (2006) Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi* 16:9-14.
- Şahin D, Turan FN, Alparslan N ve ark. (2008) Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri arşivi* 45:116-21.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S ve ark. (2006) Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7:100-8.
- Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I ve ark. (2001) Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician* 47:737-44.
- Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S (2001) Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 4:113-8.
- Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ ve ark. (2003) Stres, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 168: 271-5.
- Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C ve ark. (2010) Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 47:111-7.
- Yetim U (1993) Life satisfaction: A study based on the organization of personal projects. *Soc Indic Res* 29: 277-89.