

Sakarya'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarında Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Burnout Levels and Related Factors of Family Health Personnel who Work At Family Health Centers in Sakarya Province

Şeyda Tok¹, Bilal Şerik², Hasan Çetin Ekerbiçer¹, Nida Erdoğan¹, Mustafa Baran İnci¹, Muhlise Demirbaş¹, Nazan Bedir¹, Elif Köse¹, Meltem Pınar Karabel¹, Fulya Aktan Kibar¹

¹ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sakarya

² Sarız İlçe Entegre Hastanesi, Kayseri

³ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sakarya

Correspondence / Yazışma Adresi:

Şeyda TOK

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sakarya
P: 0546 225 00 61
E-mail: seydatok@sakarya.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 21.02.2016

Kabul Tarihi / Accepted : 17.03.2017

Özet

- Amaç:** Sakarya ili ve ilçelerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının (ASE) mesleki tükenmişlik düzeyleri ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerini belirlemek ve çalışma yaşamıyla ilgili düşüncelerini öğrenmektir.
- Gereç ve Yöntemler:** 1-28 Şubat 2014 tarihleri arasında Sakarya ili ve ilçelerinde ASE olarak çalışan 150 kişinin dahil olduğu kesitsel tipte bir araştırmadır. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri ve çalışma hayatıyla ilgili düşüncelerini içeren sorular soruldu ve Maslach tükenmişlik ölçeği uygulandı. Veri SPSS 20 programında analiz edildi.
- Bulgular:** ASE'lerin yaş ortalaması 35,2±7,9 ss, 144'ü (%96,0) kadın, 94'ü (%65,7) normal ve altı BKİ'ne sahipti; 121'i (%80,7) evli; 53'ünün (%35,3) de çocuğu vardı. Katılımcıların 135'i (%91,2) hemşire ya da ebe, 13'ü (%8,8) sağlık memuru ya da acil tıp teknisyeni idi. ASE'lerin DT puan ortalaması 13,6±7,3 ss; DYS puan ortalaması 4,0±3,5 ss; KBA puan ortalaması ise 22,0±4,4 ss idi. DYS puan ortalamaları 41 ve üzeri yaşta olanlarda (p=0,004), evli olanlarda (p=0,018), sigara içenlerde (p=0,027), herhangi bir meslek örgütüne üye olmayanlarda (p=0,034) anlamlı olarak düşük bulundu. Çalışma yaşamıyla ilgili sorun tanımlayanların DT puan ortalamaları yüksek bulundu (p=0,004). Hasta ve yakınlarının olumsuz davranışlarıyla karşılaşma durumuyla DT (p=0,003) ve DYS (p=0,000) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü korelasyon vardır.
- Sonuç:** ASE'lerin ciddi bir duygusal tükenmişlik içinde olmadığı, kendilerini başarılı algıladığı ve duyarsızlaşmalarının da az olduğu görülmektedir. (**Sakarya Tıp Dergisi 2017, 7(1):39-46**)
- Anahtar Kelimeler:** Aile sağlığı elemanı; Maslach tükenmişlik ölçeği

Abstract

- Objective:** This study aims to identify the occupational burnout levels of Family Health Personnel (FHP) who work at family health centers in Sakarya province and relationships of burnout levels with different variables, and find out FHP's opinions about their work life.
- Material and Methods:** 150 FHP working at Sakarya province and its districts were included in this cross-sectional study. Study was performed in February 1-28, 2014. Participants were asked about their sociodemographic characteristics and opinions about work life, and Maslach Burnout Inventory was applied. All data were analyzed with SPSS Version 20.0.
- Results:** Arithmetic mean age of FHP was 35,2±7,9 sd years, 144 FHP (%96,0) were women, 94 FHP (%65,7) had a normal or low BMI, 121 FHP (%80,7) were married, and 53 FHP (%35,3) had children. 135 of the participants (%91,2) were nurses or midwives, 13 of the participants (%8,8) were health officers or emergency medical technicians. Participants' Emotional Exhaustion (EE) subscale mean score was 13,6±7,3 sd, Depersonalization (DP) subscale mean score was 4,0±3,5 sd, and Personal Accomplishment (PA) subscale mean score was 22,0±4,4 sd. DP mean scores were low in participants aged 41 years and higher (p=0,004), in those who were married (p=0,018), in those who were smokers (p=0,027), and in those who were not members of any professional organization. All these differences were statistically significant. EE mean scores of participants who stated having problems with work life was high (p=0,004). A positive correlation was found between experiencing negative behaviour from patients or relatives and means of EE (p=0,003) and DP (p<0,001) scores.
- Conclusion:** It is observed that FHP aren't in a serious emotional exhaustion, perceive themselves as personally accomplished and have low depersonalization. (**Sakarya Med J 2017, 7(1):39-46**).
- Keywords:** Family Health Personnel, Maslach Burnout Inventory, Burnout Syndrome

Giriş

İlk kez 1974 yılında Fredeunberg tarafından ortaya atılan tükenmişlik kavramı, insanların aşırı çalışmaları sonucu işlerinin gereklerini yerine getiremez bir duruma gelmeleri anlamını taşıyan duygusal tükenme durumu olarak tanımlanmıştır¹. Fredeunberg tükenmişliğin genellikle insanlar ile yüz yüze çalışan mesleklerde görüldüğünü vurgulamıştır². Daha sonra Maslach ve Jackson, 1981 yılında tükenmişliğin en çok kabul gören modelini geliştirmiş ve tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşmada artış ve kişisel başarı duygusunda azalma olarak tanımlamıştır³. Tükenmişlik sendromunun gelişiminde ilk olarak Duygusal tükenme ortaya çıkar ve kişi işinden yorulmaya ve işi için gerekli zihinsel gücü bulamamaya başlar. Bu aşamayı takiben gelişen duyarsızlaşma ise çalışanların hizmet verdikleri kişilere insan yerine birer nesne gibi davranmalarıyla kendini gösterir. Bu durumun, kişinin stresten kaçınmaya çalışması sebebiyle geliştiği düşünülür. Bu mekanizma çoğu zaman başarısız olur ve son aşamaya yol açar ki bu da kişisel başarıda düşme, iş ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalma ile ortaya çıkar⁴. Bir sendrom olarak bilinen tükenmenin hemen her meslek grubunda yaşandığı belirtilmekle birlikte, doğrudan insana hizmet veren hekim, hemşire ve ebeler gibi sağlık çalışanları, sosyal hizmet görevlileri ve öğretmenler gibi fazla efor gerektiren (zaman, duygusal katılım, empati) yetersiz kazanım ve stresli çalışma şartları olan insan ile yüz yüze, yoğun ve sürekli ilişkide olan mesleklerde daha fazla görülmektedir^{5,6}. Bu bağlamda, Türkiye'de aile sağlığı merkezlerinde hizmet vermekte olan aile sağlığı elemanlarında da belli bir oranda tükenmişlik görülmesi beklenebilir.

Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında sosyalleştirmenin sağlık hizmetlerine yeterince yanıt vermediği ve birinci basamakta tedavi edilebilecek büyük bir hasta grubunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gittiği görüşleri ile birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar vermiştir⁷.

2004 yılında 5258 sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' ve bu kanuna istinaden yayımlanan Yönetmelikler çerçevesinde 2005 yılında Düzce ilinde başlayan uygulama 4 Ocak 2010 tarihinde Sakarya başlamış ve yıl sonunda tüm ülkeye yayılmıştır. Böylece 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı 'Sağlık Hizmetleri-

nin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun' ile öngörülen sağlık sistemi yerine Aile Hekimliği Modeli' ne geçiş süreci başlamıştır^{8,9}. 2013 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile aile hekimliği sisteminde çalışan aile sağlığı elemanının tanımı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni olarak yapılmış; görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir¹⁰.

Bu çalışmanın amacı Sakarya il genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının (ASE) aile hekimliği uygulaması hakkındaki düşüncelerini öğrenmek ve mesleki tükenmişlik düzeyleri ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerini belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Sakarya Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan alınan onayın ardından çalışma 1 Şubat 2014 ile 28 Şubat 2014 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapıldı. Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Sakarya ili ve ilçelerinde aile sağlığı elemanı olarak çalışan personel oluşturmaktadır. Örneklem yapılması planlanmayan çalışmada evrenin tümüne ulaşılması amaçlandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden 154 (toplam 258 kişi) (% 59,6) kişiye anket uygulanmış ancak 4 kişi soruların çoğunluğuna yanıt vermediği için analiz 150 kişinin sonuçları üzerinden yapıldı.

Araştırmada görüşme tekniklerinden anket yöntemi kullanıldı. Anketlerle ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra anketler dağıtıldı ve daha sonra toplandı.

Araştırmada kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu; doğum tarihi, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, çocuk varlığı ve sayısı, mesleği, mesleğindeki çalışma yılı, eğitim durumu, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, herhangi bir meslek örgütüne üyelik, günlük pratik sırasında karşılaşılan en önemli sorunlar ile ilgili (cevabı açık uçlu) olmak üzere toplam 13 adet sorudan oluşmaktadır. Alınan boy ve kilo bilgileri ile oluşturulan beden kitle indeksi (BKİ) gruplandırılmasında, Dünya Sağlık Örgütünün yetişkin ağırlık durumu kategorileri (<18,5 kg/m² zayıf, 18,5 -24,99 kg/

m2 normal, 25,.0 -29,.99 kg/m2 fazla kilolu(preobez), $\geq 30,.0$ kg/m2 obez) kullanıldı¹¹.

İkinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan ASE'lerin çalışma yaşamıyla ilgili bazı konularda düşüncelerini sorgulayan, Likert tipi ölçeklemeyi içeren (1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Çok az katılıyorum, 3= Kararsızım, 4= Çoğunlukla katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) 12 adet soru bulunmaktadır.

Üçüncü bölümde Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Canan Ergin tarafından yapılmış Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory) kullanıldı. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion) (DT), Duyarsızlaşma (Depersonalisation) (DYS) ve Kişisel Başarı (Personal Accomplishment) (KB) olmak üzere üç boyutta değerlendirilmektedir. MTÖ 5'li likert tipi ölçekleme içeren (0: hiçbir zaman, 1: çok nadir, 2:bazen, 3: çoğu zaman, 4: her zaman) 22 adet sorudan oluşmaktadır. DT ve DYS alt ölçeklerinden alınan yüksek puan ile KB boyutundan alınan düşük puan, yüksek tükenmişlik düzeyini ifade etmektedir³.

Korucuk ve Camili ASM' de çalışan ASE' lerle anketin ön denemesi yapıldıktan sonra arak sonrasında ankete son hali verildikette düzenlemeler yapıldı. Katılımcılara aAnketlerle ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra anketler dağıtıldı ve , 1 hafta sonra ise toplandı.

Toplanan veri bilgisayara kaydedildi, tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, ortanca, tepe değeri, standart sapma, standart hata, en yüksek, en düşük değer) yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi kullanılarak denetlendi, test sonuçlarına göre non-parametrik önemlilik testleri olan MannWhitney-U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi testi (post-hoc Mann-Whitney testi) tercih edildi. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişki düzeyini belirlerken Spearman korelasyon katsayıları kullanıldı. Spearman korelasyon katsayısının 0,.00-0,.24 arasında olması zayıf ilişki, 0,.25-0,.49 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0.50-0.74 arasında olması güçlü ilişki, 0,.75-1,.00 arasında olması ise çok güçlü ilişki olarak yorumlandı(128⁸). $p \leq 0,.05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu kabul edildi. Veri SPSS 20 istatistik programında analiz edildi.

Bulgular

ASE'lerin 38'i (%25,.3) Adapazarı merkez ilçede, 112' si (%74,.7) diğer ilçelere bağlı ASM' lerde görev yapmaktadır. Araştırmanın bulguları aşağıda sunulan başlıklar altında incelendi.

- ASE'lerin bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguları Çalışmaya katılan ASE'lerin yaş ortalaması 35,.2 \pm 7,.9 ss idi. Katılımcıların 144'ü (%96,0) kadın, 6'sı (%4,0) erkekti. 94'ü (%65,.7) normal ve altı BKİ'ne sahip; 121'i (%80,.7) evli; 53'ünün (%35,.3) de bir ve daha fazla çocuğu vardı. Katılımcıların 135'i (%91,.2) hemşire ya da ebe, 13'ü (%8,.8) sağlık memuru ya da acil tıp teknisyeni idi. Çalışmaya katılan ASE'lerin 41'i (%27,.3) sigara kullandığını; 16'sı kişi (%10,.7) ise herhangi bir kronik hastalığı (diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hipertroidi, gastroözofageal reflü, hashimato tiroiditi, psöriyazis, hipotiroidi, obezite, irritabl barsak hastalığı, diskal herni) olduğunu belirtti. Katılımcıların 11'i (%7,.4) herhangi bir meslek örgütüne üyeydi (Tablo 1).

ASE'lerin günlük pratiklerinde karşılaştıkları sorunlar açık uçlu olarak soruldu ve yanıtları gruplandırıldı. ASE'lerin 37'si (%24,7) herhangi bir sorun yazmazken, 113'ü (%75,3) bir veya daha fazla sorun yazdı. Sorunların toplam sayısı 230 olup, 97'si (%42,2), hasta tutum ve davranışlarındaki olumsuzluklarla, 76'sı (%33,0) fiziksel şartlar ve ulaşım problemleriyle, 57'si (%24,8) yoğunluk-iş yükü fazlalığı-performans kesintisinden kaynaklı sorunlarla ilgili olduğu görüldü.

- Aile hekimliği sistemi ve getirdikleriyle ilgili düşüncelere ilişkin bulgular

Katılımcıların 68'i (%45,6) "imkanım olursa eğitim düzeyimi yükseltmek isterim" ifadesine tamamen katılıyorum, 61'i (%41,8) "mesleğimle ilgili bilimsel yayınları takip ederim" ifadesine çoğunlukla katılıyorum, 52'si (%34,7) "2. veya 3. Basamak sağlık kurumlarında(hastanelerde) çalışmak isterim" ifadesine kesinlikle katılmıyorum diye cevap verdi. "Günlük mesleki uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum " ifadesine cevap olarak ASE'lerin 49'u (%33,1) çoğunlukla katılıyorum dedi. "İlgilendiğim hastalar tarafından yeterince takdir edildiğimi düşünüyorum" düşüncesine 66'sı (%44,9) çoğunlukla katılıyorum derken, 30'u (%20,4) çok az

katılıyorum dedi.

Tablo 1. Sakarya İli Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (n=142)	30 ve altı	42	29,6
	31-40	59	41,5
	41 ve üzeri	41	28,9
Cinsiyet (n= 150)	Erkek	6	4,0
	Kadın	144	96,0
Beden Kitle İndeksi (n=143)	Normal ve altı($\leq 24,9$)*	94	65,7
	Kilolu(25,0-29,9)	33	23,1
	Obez(30,0 \geq)	16	11,2
Medeni durum (n=150)	Evli	121	80,7
	Bekar	27	18,0
	Dul/boşanmış	2	1,3
Sahip Olunan Çocuk Sayısı (n=150)	Yok	97	64,7
	1 ve üzeri	53	35,3
Meslek(n=148)	Hemşire	50	33,8
	Ebe	85	57,4
	Sağlık Memuru	6	4,1
	Acil Tıp Teknisyeni	7	4,7
ASE Olarak Çalışma Yılı(n=139)	2 yıldan az	23	16,5
	2-4 yıl arası	46	33,1
	4 yıl ve fazla	70	50,4
Eğitim Durumu (n=150)	Lise	53	35,3
	Önlisans/Lisans	95	63,3
	Yüksek Lisans/Doktora	2	1,3
Sigara İçme (n=150)	Hayır	109	72,7
	Evet	41	27,3
Tanısı Konmuş Kronik Hastalık(n=149)	Hayır	133	89,3
	Evet	16	10,7
Herhangi Bir Meslek Örgüt Üyelik(n=148)	Hayır	137	92,6
	Evet	11	7,4

*zayıf olan 5 kişi normal olarak değerlendirildi.

“Maaşımın yeterli olduğunu düşünüyorum” görüşü için 54 (%37,0) kişi kesinlikle katılmıyorum şeklinde, 26’sı (%17,8) kişi ise çok az katılıyorum şeklinde cevap verdi. “Aile hekimliği sistemi genel olarak olumlu buluyorum” görüşüne ASE’lerin 46’sı

(%30,7) çoğunlukla katıldığını belirtirken, “Aile hekimliği sisteminin toplum tarafından benimsendiğini düşünüyorum” ifadesine de 38’i (%25,3) çoğunlukla katılıyorum dedi. “Aile sağlığı merkezine yapılan denetim amaçlı ziyaretlerin yapıcı ve faydalı olduğunu düşünüyorum” ifadesine 38’i (%25,5) kesinlikle katılmıyorum derken 37’si (%24,8) kararsızım dedi. “Görev tanımımın yeterince açık olduğunu düşünüyorum” görüşüne 64’ü (%43,5) kesinlikle katılmıyorum diye yanıtladı. “Aileme yeterince zaman ayırabiliyorum” düşüncesine 50’si (%33,8) çoğunlukla katılıyorum derken; “Sosyal etkinliklere katılmaya vakit bulabiliyorum” ifadesine 54’ü (%36,7) çok az katılıyorum şeklinde cevap verdi (Tablo 2).

- Maslach tükenmişlik ölçeği puanları

Sakarya ili genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının DT puan ortalaması 13,6 \pm 7,3 ss (min:1-max:36); DYS puan ortalaması 4,0 \pm 3,5 ss (min:0-max:20); KBA puan ortalaması ise 22,0 \pm 4,4 ss (min:14-max:40) olarak saptandı. Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının MTÖ alt boyutları açısından aldıkları puanlar Tablo 3’te gösterilmektedir.

Merkez ilçede(Adapazarı) çalışanlar ile diğer ilçelerde çalışanların DT puanları ($p=0,700$); DYS puanları ($p=0,123$); KB puanları ($p=0,565$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Kadınlarla erkeklerin DT ($p=0,814$), DYS ($p=0,184$), KB ($p=0,207$) alt puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdı.

Beden Kitle İndeksi farklı olan grupların DT ($p=0,058$), DYS ($p=0,507$), KB ($p=0,592$) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark yoktu.

Evli olanlarla bekar olanların DT puanları ($p=0,517$) ve KBA puanları açısından anlamlı fark yokken ($p=0,983$) DYS alt ölçek puanı açısından anlamlı fark vardır, bekarların puanı evlilerden daha yüksekti ($p=0,018$) (Tablo 4).

Çocuğu olmayanlarla olanların DT($p=0,681$), DYS ($p=0,917$), KB ($p=0,244$) puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdı.

40 yaş ve üzeri olanların 30 yaş ve altındakilere göre DYS puan

Tablo 2. Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının Çalışma Yaşamıyla İlgili Bazı Düşünceleri

Çalışma Yaşamıyla İlgili Düşünceler	Kesinlikle katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İmkanım olursa, eğitim düzeyimi yükseltmek isterim(lisans, yüksek lisans veya doktora yaparak)	22 (14,8)	6 (4,0)	17 (11,4)	36 (24,2)	68 (45,6)	149 (100)
2. veya 3. Basamak sağlık kurumlarında (hastanelerde) çalışmak isterdim	52 (34,7)	20 (13,3)	48 (32,0)	13 (8,7)	17 (11,3)	150 (100)
Günlük mesleki uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum	16 (10,8)	47 (31,8)	7 (4,7)	49 (33,1)	29 (19,6)	148 (100)
Maaşımın yeterli olduğunu düşünüyorum	54 (37,0)	26 (17,8)	19 (13,0)	31 (21,2)	16 (11,0)	146 (100)
İlgilendiğim hastalar tarafından yeterince takdir edildiğimi düşünüyorum	9 (6,1)	30 (20,4)	17 (11,6)	66 (44,9)	25 (17,0)	147 (100)
Mesleğimle ilgili bilimsel yayınları takip ederim(kitap, dergi veya internet siteleri)	8 (5,5)	44 (30,1)	6 (4,1)	61 (41,8)	27 (18,5)	146 (100)
Görev tanımının yeterince açık olduğunu düşünüyorum	64 (43,5)	21 (14,3)	29 (19,7)	21 (14,3)	12 (8,2)	147 (100)
Sosyal etkinliklere katılmaya vakit bulabiliyorum	33 (22,4)	54 (36,7)	15 (10,2)	33 (22,4)	12 (8,2)	147 (100)
Aileme yeterince vakit ayırabiliyorum	26 (17,6)	40 (27,0)	18 (12,2)	50 (33,8)	14 (9,5)	148 (100)
Aile sağlığı merkezine yapılan denetim amaçlı ziyaretlerin yapıcı ve faydalı olduğunu düşünüyorum	38 (25,5)	31 (20,8)	37 (24,8)	26 (17,4)	17 (11,4)	149 (100)
Aile hekimliği sisteminin toplum tarafından benimsendiğini düşünüyorum	22 (14,7)	36 (24,0)	22 (14,7)	38 (25,3)	32 (21,3)	150 (100)
Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum	22 (14,7)	29 (19,3)	27 (18,0)	46 (30,7)	26 (17,3)	150 (100)

*Her satırın kendi toplamı ve yüzdesidir.

ortalamaları anlamlı ölçüde düşükken ($p=0,004$); 30 ve altı,31-41 arası ve 41 yaş ve üzerindeki ASE'lerin DT ($p=0,978$) ve KB ($p=0,217$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 4). Sigara içmeyenlerle içenlerin DT puan ortalamaları arasında fark yokken ($p=0,448$); sigara içmeyenlerin DYS puan ortalaması içenlerden anlamlı olarak yüksek ($p=0,027$); KB puan ortalaması anlamlı olarak düşüktü ($p=0,014$) (Tablo 4).

Herhangi bir meslek örgütüne üye olanlarla olmayanların DT ($p=0,301$) ve KB puan ortalamaları ($p=0,074$) arasında anlamlı fark yokken DYS ($p=0,034$) ortalamaları arasında anlamlı fark vardı, üye olanların olmayanlara göre DYS puan ortalaması daha yüksekti (Tablo 4).

ASE'lerin günlük pratiklerinde karşılaştıkları sorunlara hiç sorun belirtmeyenlerle en az bir sorun belirtenlerin DT puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ($p=0,004$), bir veya daha fazla sorunla karşılaşanların DT puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 4).

Tablo 3. Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının MTÖ Alt Boyutlarının Puanları

MTÖ Alt Boyutları	Aritmetik ortalama	Standart sapma	Minimum-Maksimum-Median
DT(n=138)	13,65	7,25	1-36-13,50
DYS(n=145)	4,03	3,53	0-20-3,00
KB(n=132)	21,99	4,38	6-32-22,00

ASE'lerin yaşı ile DT, KB puan ortalamaları arasında korelasyon yokken, DYS puan ortalamaları arasında negatif yönlü orta korelasyon vardı ($r= -0,264$, $p=0,002$).

Günlük mesleki uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum ifadesine verilen yanıtlar ile MTÖ'nün alt boyutlarından biri olan DYS puanları arasında pozitif yönlü orta ($r=0,346$, $p=0,000$); DT puanları arasında pozitif yönlü orta ($r=0,25$, $p=0,003$) korelasyon varken; KB puanları arasında korelasyon yoktu.

Maaşının yeterli olduğunu düşünüyorum ifadesine verilen yanıtlar ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan DT puanları, DYS puanları ve KB puanları arasında korelasyon yoktu.

Tablo 4. Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler		MTÖ-DT ort±ss	MTÖ-DYS ort±ss	MTÖ-KB ort±ss
Yaş	30 ve altı	13,73±8,06	4,97±3,64	21,84±4,30
	31-40	13,44±6,06	4,14±3,06	21,33±4,20
	41 ve üzeri	13,41±7,61	2,59±2,65	22,65±4,71
	p	0,978	0,04	0,217
Durum	Evli	13,44±7,15	3,67±3,26	21,92±4,45
	Bekar	14,63±7,82	5,80±4,27	22,08±4,29
	p	0,517	0,018	0,983
Sigara içme	Hayır	13,87±6,94	4,36±3,49	21,39±4,45
	Evet	13,00±8,18	3,11±3,52	23,38±4,12
	p	0,448	0,027	0,014
Üyelik	Hayır	13,64±7,43	3,86±3,49	22,17±4,49
	Evet	15,40±3,80	6,09±3,64	20,10±2,93
	p	0,301	0,034	0,074
Sorun	Belirtmemiş	10,78±7,32	3,97±4,46	22,58±4,47
	Belirtmiş	14,52±7,04	4,05±3,20	21,81±4,36
	p	0,004	0,376	0,343

Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum ifadesine verilen yanıtlar ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan DT puanları arasında negatif yönde orta ($r = -0,40$, $p = 0,000$) korelasyon varken, DYS puanları ve KB puanları arasında korelasyon yoktu.

Tartışma

Sakarya ili ve ilçelerinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörlerini saptamayı amaçladığımız çalışmamızda üç bölümden oluşan sorulara verilen cevaplar değerlendirildi.

Literatürde çalışmamıza benzer şekilde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 109 hemşire ile yapılmış bir çalışmada DT puanlarını $19,23 \pm 6,8$ ss; DYS puanlarını $5,41 \pm 3,4$; KB puanlarını ise $20,07 \pm 4,36$ ss olarak saptanmıştır¹³. Çalışmamız ile kıyaslandı-

ğında DT ve DYS puanlarının daha yüksek, KB puanlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum üniversite hastanesinde çalışmanın ve nöbet tutmanın çalışma şartlarını daha fazla zorlaştırması zorlaştırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda, alt ölçek puanlarının Gruplar arasında cinsiyetler arasında açısından anlamlı bir değişiklik göstermediği fark bulunmadı. Bu da, Maslach ve Jackson'ın (1985) ve Grenglass ve Burke'un (1987) çalışmaları sonunda cinsiyet değişkeninin tükenmişlikte önemli bir yordayıcı olmadığı, araştırmalarda kadın ve erkeklerin tükenmişlik düzeyleri arasında çok az bir fark olduğu, bu farkın üzerinden önemli yorumlara gidilmemesi çıkarımlar yapılması gerektiği biçimine yorumunu destekler niteliktedir.

Altay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş gruplarından 36 ve üzeri yaş grubunun ta olanlarda KB puanları ortalamaları diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksekken ($36,63 \pm 7,23$ ss)) bizim çalışmamızda ise 41 ve üzeri yaşta olanlarda KB puanları açısından anlamlı fark yokken DYS puan ortalaması ($2,59 \pm 2,65$ ss) anlamlı olarak düşük bulundu¹⁴. Bunu yaş almayla oluşan tecrübenin sonucunda kişilerin bir durum karşısında gösterdiği tepkinin daha ılımlı olduğu şeklinde düşünmek mümkün olabilir.

İstanbul'da üç üniversite ve 16 Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanenin acil servisinde çalışan 322 hemşireyle yapılan çalışmada yaş ortalamasıyla DYS arasında negatif yönde anlamlı ve zayıf ($r = -0,11$, $p < 0,05$) korelasyon varken bizim çalışmamızda da negatif yönlü orta düzeyde korelasyon vardır bulundu ($r = -0,264$, $p = 0,002$)¹⁵. ASE'lerin hastaların sorumluluğunu uzun süreli alırken acil servislere daha kısa sürede hastaların taburcu edilmesi veya başka bir servise gönderilmesi bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

Ankara'da kamu, özel ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerde yapılan bir araştırmada bekarların DT ($t = 1,981$, $p = 0,048$) ve DYS ($t = 2,425$, $p = 0,016$) puanları evlilerden anlamlı olarak yüksek iken, bizim çalışmamızda sadece DYS puanları ortalamaları anlamlı yüksek idir¹⁶. Bu durum iş ortamındaki olumsuzlukların aile içindeki paylaşımlarla daha az duyarsızlaşmayı sağladığı yönünde olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda sigara içmeyenlerde içenlere göre DYS puan ortalaması anlamlı yüksek ve KB puan ortalaması anlamlı düşük bulunması sigaranın bir stres atma yöntemi olarak görüldüğü düşüncesi ni akla getirmekte ve bu sonucun farklı araştırmalarda ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Meslek örgütüne üye olanların olmayanlardan DYS puanlarının ortalamasının anlamlı yüksek olması çalışma koşullarının olumsuz olduğunu düşünenlerin meslek örgütlerine üye olmada daha motive olduğu ve da çalışanların durumlarının farkında olup, aynı durumdaki diğer çalışanlarla durumlarını paylaşma isteği olabilir. Ayrıca çalışma koşullarının iyileştirilmesi çabasında meslek örgütlerinin katkısı olacağı düşüncesinde olduklarının göstergesi olabilir. ncesi olabilir.

ASE'lerin % 52,7'si "Günlük mesleki uygulamaların sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum" ifadesine verdikleri yanıtlarlarilen yanıtlar ile DT ve DYS puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olup; bu durumun olumsuz davranışla karşılaşan çalışanlarda beklenen bir sonuç olduğu görülmektedir. Sağlık kurumlarındaki şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır¹⁷. Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri gösterilmiştir. Şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı, kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğine değinilmiştir¹⁸. Biz burada şiddetin sadece tükenmişlik boyutuyla ilgilenip diğer sonuçlarının başka çalışmalara konu olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç

Genel olarak ASE'lerin ciddi bir duygusal tükenmişlik içinde olmadığı, kendilerini başarılı algıladığı ve duyarsızlaşmalarının da az görece düşük olduğu görülmektedir. Ancak özel durumlara bakıldığında, herhangi bir sorun belirtenlerin duygusal tükenmişliğinin artmış olduğu; yaş artışının duyarsızlaşmayı düşürdüğü azalttığı, bekar olmanın, sigara içmemenin, herhangi bir meslek örgütüne üye olmanın duyarsızlaşmayı daha yükselttiği arttırdığı; sigara içmeme-

nin ve herhangi bir meslek örgütüne üye olmanın kişisel başarıyı düşürdüğü azalttığı görülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri tüm sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısızlığı veya verimsizliği tüm sağlık sisteminin başarısızlığı ile sonuçlanır. Bu bağlamda, birinci basamakta çalışan sağlık personelinin ruh ve beden sağlığı üzerinde ciddi olarak durulması geren bir konudur. Sağlık sisteminin sağlığı açısından çalışmamıza benzer çalışmaların belli aralıklarla tekrarlanması ve sonuçlarının dikkatle yorumlanması gerektiğini düşünüyoruz

Kaynaklar

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out, Journal of Social Issues, 1974, 30 (1): 159-165.
2. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of Factors Influencing Burnout Levels in the Professional and Private Lives of Nurses. International Journal of Nursing Studies. 2003; 40: 807-827.
3. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Occupational Behavior, 1981, 2, 99-113.
4. Maslach C, Jackson SE. (1986) In: Maslach Burnout Inventory (Manual), 2nd Edition. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA .
5. Keskin G, Çınar Z, Alparslan Ö, Özmercan V. (2010) Türkiye'deki il sağlık müdürlüklerinin liderlik davranışlarının iş doyumları ve tükenmişlik düzeyleri üzerine etkileri. 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 2:102-114
6. Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A, Çan G, Özgün Ş. (2006) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumları düzeyleri ve ilişkili faktörler. OMÜ.Tıp Dergisi, 23(1):17-24
7. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli.1. Baskı. Ankara. Mavi Ofset Yayınları, 2004, s.35-40.
8. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, Kabul Tarihi:24.11.2004. Resmi Gazete' de Yayımlandığı Tarih:09.12.2004. Sayı:25665.
9. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No: 224. Kabul Tarihi: 05.01.1961. Resmi Gazete'de Yayımlandığı Tarih: 12.01.1961, Sayı:10705.
10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi gazete' de yayımlandığı tarih: 25.01.2013. Sayı:28539
11. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO Conclutation, WHO Tecnical Report Series 894(9). Geneva: Word Health Organization, 2000
12. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri.2001.izmir
13. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi, 5(2): 71-77
14. Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. Fırat Tıp Dergisi 2010;15(1):10-16
15. Kavlu İ, Pınar R. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri 2009;29(6):1543-55
16. Gür E, Kamu, Özel Ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Örgütsel Adalet Algısı Ve Tükenmişlik Durumları (Yüksek lisans tezi).Ankara: Gazi Üniversitesi;2014
17. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. (2002) Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:147-154
18. Annagür B. (2010) Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi.Current Approaches In Psychiatry, 2(2):161173

