



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BURSA İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI ÇALIŞAN  
HEKİMLERDE İŞ DOYUMU VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ İLE  
ETKİLEYEN ETMENLER

Dr. Pelin ŞAVLI EMİROĞLU

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2015



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BURSA İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI ÇALIŞAN  
HEKİMLERDE İŞ DOYUMU VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ İLE  
ETKİLEYEN ETMENLER

Dr. Pelin ŞAVLI EMİROĞLU

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Kayıhan PALA

BURSA-2015

## İÇİNDEKİLER

Özet	ii
İngilizce Özet	iii
Giriş	1
Genel Bilgiler	3
Sağlık Hizmetlerinde Yönetim	3
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme	5
İş Doyumu ve İlgili Kavramlar	9
İş Doyumu Kuramları	11
İş Doyumunu Etkileyen Faktörler	18
İş Doyumunun Birey ve Örgüt Üzerindeki Etkileri	20
Sağlık Hizmetlerinde İş Doyumu	23
Yaşam Kalitesi	25
Gereç ve Yöntem	27
Araştırmanın Evreni	27
Araştırmada Kullanılan Değişkenler	28
Uygulama	32
Veri Analizi	33
Bulgular	34
Demografik Bulgular	34
İş ile İlgili Bulgular	35
İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi ile ilgili Bulgular	62
Tartışma ve Sonuç	84
Kaynaklar	100
Ekler	108
Ek-1: Anket	108
Teşekkür	112
Özgeçmiş	113

## ÖZET

Kesitsel tipte yapılmış olan bu araştırmada amaç; Sağlıkta Dönüşüm Programı ve beraberinde birinci basamak sağlık örgütlenmesindeki değişim sonrasında, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı olarak Bursa il merkezinde çalışan birinci basamak hekimlerinde iş doyumunu ve yaşam kalitesi düzeyleri ile bunları etkileyen etmenleri incelemektir. Araştırmanın evrenini Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne (HSM) bağlı 117 Aile Sağlığı Merkezi (ASM), 3 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve diğer birimler oluşturmaktadır. Çalışmaya 529 kişi (%92,16) katılmıştır. Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin %86,20'si ASM'de, %8,13'ü TSM'de ve % 5,67'si HSM'de çalışmaktadır. ASM ile TSM ve HSM'de çalışan hekimler arasında anlamlı fark olmamakla birlikte birinci basamakta çalışan hekimlerin yarısından fazlası aldığı ücretten tatmin olmamaktadır ( $p=0,522$ ). Çalışmaya katılan hekimlerin %10,02'sinin (53 kişi) iş doyumunu yüksek; %89,98'inin (476 kişi) orta ve düşük, WHOQOL-8 Yaşam Kalitesi puan ortalamaları ise 26,47 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hekimlerin aldıkları ücretten ve çalıştıkları kurumdaki memnuniyetleri yaşam kalitesini ve iş doyumunu artırırken, hasta ve hasta yakını tarafından şiddete uğramaları ile üç haftadan az izin kullanmaları yaşam kalitesini ve iş doyumunu azalttığı bulunmuştur. Hekimlerin özlük hakları korunacak şekilde ücret artışlarının sağlanması, hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğramasının engellenmesi ve yasal hakkı olan izin hakkının ücret kaybı kaygısı olmadan kullanılabilmesi için gerekli yasal düzenlemelerinin yapılması hekimlerin iş ve yaşam kaliteleri açısından son derece önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** İş doyumunu, yaşam kalitesi, birinci basamak hekimi.

## SUMMARY

### **Job Satisfaction And Quality Of Life Level And Influencing Factors Of Physicians Working Under Bursa Provincial Public Health Department**

This cross-sectional study's aim was to examine primary care physicians' job satisfaction and life quality levels and the effecting factors after changes in primary care service organization with Health Transition Programme, in Bursa city center. Study population included 117 Family Health Center (FHC), 3 Community Health Center (CHC) and other departments that linked with Bursa Public Health Directorate (PHD). Physicians' 86,20% was working at FHC, 8,13% was working at CHC and 5,67 was working at Bursa PHD. More than half of physicians working in primary care are not satisfied with their salaries although there is no significant difference between physicians working in FHC and CHC and PHD ( $p=0,522$ ). It has been found that the job satisfaction of 10.02% of physicians (53 people) joining the study is high and that the job satisfaction of 89.98% of physicians (476 people) is moderate and low. WHOQOL-8 quality of life score average was 26,47. In this study it's found that physicians' satisfaction from salary and institution increase quality of life and job satisfaction; violence from patient/ patient's relatives and using permission last than three weeks decrease quality of life and job satisfaction. For physicians' quality of life and work, it's very important to increase physicians' salaries while protecting their personal benefits, prevent violence, which caused from patient/ patients relatives and ensure physician can take permission without financial concerns.

**Key words:** Job satisfaction, quality of life, primary care physician.

## GİRİŞ

Çalışma yaşamından kaynaklanan riskler; çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri başlıkları altında değerlendirilebilir. Çalışma ortamı kapsamında fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik riskler; çalışma koşulları başlığı altında istihdam biçimi, iş güvencesi, gece çalışması, vardiyalı çalışma, fazla çalışma, ücret gibi etmenler ve çalışma ilişkileri başlığı altında ise işçilerin örgütlenme durumları ve üretim biçimleri incelenir (1).

Çalışma hakkı kapsamında bireyler çalışma sürelerinin uygun ölçüde tutulmasını isteme hakkına sahiptirler. Çalışma süresinin uzunluğu ya da belirsizliği kişilerin gerek ruhsal gerekse bedensel sağlığına zarar vermektedir. Çalışma sürelerinin uygun ölçütte olması; yıllık izin, hafta sonu ya da mesai saatleri dışındaki boş zamanları kullanabilme hakkı çalışanların korunması ve çalışma hakkının güvence altına alınması açısından yaşamsal öneme sahiptir (2).

Küreselleşme ile birlikte yeni teknolojilerin hızlı yayılımı, artı değer üretimi ve güvencesiz iş gücünü beraberinde getirmiştir. Yeni üretim biçimleri yalnızca teknik bir değişimi değil, ideolojik bir dönüşümü de toplumun her katmanına yayma aracı olarak işlev görmekte, dayanışma ve eşgüdüm gibi kavramların yerini rekabet ve teşvik gibi kavramlar almaktadır (3).

Sağlık iş kolu, gerek üretim biçimi gerekse toplumsal işlevi açısından diğer hizmet sektörleri ve sanayi sektöründen farklıdır. Kamusal olmasının yanı sıra endüstriyel üretimden farklı olarak, bütünsel ve tam zamanında üretilmesi zorunludur (4). Özelleştirme politikaları ile sağlık hizmetlerinin kamusal özelliği; verimlilik, performans değerlendirmesi gibi kâr ve rekabete dayalı uygulamalarla bütünsel yapısı değiştirilmektedir (5).

Türkiye’de sağlık iş kolunda son yıllarda hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Değişimin temel dinamikleri küreselleşme süreci ile bağlantılıdır ve genel yönelimi sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olmaktan

çıkarak artan oranda “piyasa” koşullarının geçerli olduğu bir modele dönüşmesi ile ilişkilidir (1).

Sağlık sistemindeki değişime paralel; çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkilerinde değişiklikler yaşanmaktadır. Bu durum çalışanların sağlık ve güvenliklerini etkilemekte, özellikle çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri alanında belirgin bir etkilenim yaşanmaktadır (1). Kanada’da yapılan bir çalışmada hekimler iş yükünün ağır olduğunu ve bunun geçmiş yıllara göre daha da arttığını söylemektedir (6).

Türkiye’de 51 aile hekimiyle derinlemesine ve odak görüşmesi tekniğiyle yapılan bir çalışmada hekimler aile hekimliği sistemine geçiş ile esnek çalışma, rekabet ve güvensizliğin hekimlerin hayatında daha çok görülür olduğunu belirtmişlerdir (7).

## **Genel Bilgiler:**

### **I. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**

Yönetim; hedeflerin belirlenmesi ve örgütün etkili kullanılmasıyla bu hedeflerin gerçekleştirilmesidir (8). Aynı zamanda örgütsel kaynakların (insan, para, zaman) koordinasyonu ve bağlantılarının sağlanması ile örgüt üyelerinin etkinliklerini planlama, organize etme, yönlendirme, kontrol etme ve belirlenen kuruluş hedeflerine ulaşmak amacıyla tüm kaynakları kullanma sürecidir (8,9).

Genel yönetim ilkeleri tüm kuruluşlar için geçerlidir ancak bu ilkelerin kamu sağlığı alanında uygulanması etkin yönetimi sağlamak amacıyla anlaşılmalıdır. Yönetimsel teoriler; davranış bilimleri, sosyal bilimler ve niceliksel yöntemlerle (istatistik, araştırma yöntemleri, epidemiyolojik araştırmalar) şekillenir. Daha önceleri yönetim; çalışanları üretim sisteminin mekanik parçaları olarak görmekteyken günümüzde sosyal ve psikolojik etmenlerin çalışma hayatı üzerindeki etkisi kanıtlanmıştır. Organizasyonel teoriler sağlıkta yeni bir disiplindir; ekonomik, politik, sosyolojik, antropolojik ve psikolojik yöntemler kullanılarak sağlıkla ilgili yeni konular belirlenir. Sağlıkta organizasyonel teorilerin uygulanma alanlarının artması, sağlık yönetimi eğitimi kuramsal ve pratik öğretilerin ana parçası haline getirmiştir (8).

Yönetim bilimi; kamu sağlığı alanında da uygulanmaktadır. Alderslade ve Hunter kamu sağlığı yönetimini; 'sağlık deneyiminin geliştirilmesine yönelik toplumda ve sağlık hizmetlerinde kaynakların en uygun şekilde kullanılması' olarak tanımlamışlardır. DSÖ önemli sağlık kazanımlarını, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik yenilikçi yaklaşımlar ve daha etkin klinik bakım yönetimi ile kazanabilecek olsa da, sağlık sistemlerinin toplumun sağlığını geliştirme açısından düşük performans göstermekte olduğunu belirtmektedir. Ayrıca DSÖ; kamu sağlığı gündemine verilmesi gereken önceliğin verilmediğini ve bu durumun, yetersiz siyasi kararlılık, sağlık sistemlerinde kamu sağlığının ötekileştirilmesi ve sınırlı kamu sağlığı kapasitesine atfetmektedir. Kamu sağlığı yönetimi;



nüfusun sağlığını bütüncül bir yaklaşım içinde sistemin farklı bileşenleri yoluyla geliştirmeye yönelik müdahaleleri etkileyen ve sağlık sistemine yerleşik bulunan kamu sağlığı altyapısının temel almaktadır (9).

Sağlık hizmetleri bilimsel yönetim kurallarına ve ülke koşullarına uygun olarak örgütlenmelidir (10). Tıp alanında özelleştirme politikaları, teknoloji ve profesyonel servislerin artmasıyla sağlık organizasyonları zaman içinde daha pahalı ve daha karmaşık bir hal almıştır. Halk sağlığı uygulamalarının başarısı için sağlık hizmetlerinde entegrasyon ve yönetim büyük öneme sahiptir. Halk sağlığı yöneticileri veri yönetimi, iletişim, ekonomi ve sağlık insan gücünün yönetimi konusunda temel becerilere sahip olmalıdır. Yönetimin ana bileşenlerinin planlama, denetim, rehberlik etme, motivasyon, örgütlenme ve karar verme sürecine katılım olduğu unutulmamalıdır (8).

Bernard ve Turnock kamu sağlık programlarının amacını, 'belirli sağlık sorunlarına yönelik olarak bilimsel müdahaleler ve uygun stratejiler ile kamu sağlığı çalışanlarını organize etmek ve yönlendirmek' olarak tanımlamışlardır. Yaklaşım; kamu sağlığındaki bilgi birikimini, sağlığı iyileştirmeye yönelik planlama, organize etme, öncülük etme ve kontrol etme faaliyetlerinin yönetimine ilişkin bilimsel yaklaşımlar ile bütünleştirmeyi amaçlamaktadır. Sağlık programlarında yönetim döngüsü; planlama, uygulama (organize etme ve liderlik etme) ve değerlendirme (kontrol etme) faaliyetlerini içermektedir. Bu üç yönetim süreci, farklı aşamalar olarak görülmemelidir çünkü geri bildirim döngünün tüm aşamalarında planda gerekli değişiklikleri yapmak için kullanılmalıdır. Yönetimin son süreci olan kontrolün amacı, kuruluşun çalışma planlarının ve hedeflerinin, performans standartları koyarak ve bunları ölçerek, sapmaları belirleyerek ve performansı düzelterek başarılmasını sağlamaktır (9).

Örgütlenmenin önemli bileşenlerinden biri sağlık insan gücü planlamasıdır. Kılıç, sağlık insan gücü planlamasını "sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlama" olarak tanımlamaktadır. Sağlıkta

Dönüşüm Programı'yla (SDP) birlikte tedavi hizmetleri ağırlıklı sağlık insan gücü gelişimi özendirilmeye başlanmış birinci basamakta özel muayenehane demek olan 'aile hekimliği' uygulamasına geçilmiştir (11).

## **II. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme**

Birinci basamak sağlık hizmeti, bir toplumdaki bireylerin tamamının kolayca erişebileceği ve yararlanabileceği şekilde kurgulanmalı ve bu hizmet sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturmalıdır (10).

Birinci basamak sağlık örgütlenmesi her dönem ve her ülkede siyasi eğilimler ile sosyal politikalardan doğrudan etkilenmiştir. Genel vergilerle finanse edilen sağlık sistemlerinde ekip çalışması ve genel pratisyenlere ağırlık verilmektedir. Bu sistemlerde tüm toplumu kapsayan, eşit, ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunulmakta ve sağlığın korunması ve geliştirilmesine ağırlık verilmektedir (12).

Türkiye'de sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilirken Türkiye'de çağdaş hekimlik uygulamalarına geçişin en önemli adımı, 1961 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile atılmıştır. Bu Kanun;

- Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu,
- Birinci basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını,
- Koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini,
- Kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini,
- Halk ile bütünleşmeyi ve
- Kamu sektöründe hekimlere tam süre çalışma ilkesini getirmektedir (13,14).

Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesi 2004 yılında çıkarılan "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ve ardından gelen mevzuatlar ile değişikliğe uğramıştır. 1961 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile öngörülen sağlık ocağı sistemi yerine Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların "küreselleşme" anlayışı ile bir çok ülkede gerçekleştirmeye çalıştıkları "sağlık

hizmetlerinin özelleştirilmesi” çabalarından biri olan “Aile Hekimliği Modeli”ne geçilmiştir (14-16).

Aile Hekimliği pilot uygulamasına ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlanmış ve 2010 yılında tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Birinci basamakta sağlık hizmetlerinin sunulması için Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve ilgili yönetmelikler gereği Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) kurulmuştur. 11 Ekim 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameni ile Sağlık Bakanlığı'nın ve bağlı kuruluşların teşkilat yapısı değiştirilmiş ve madde 26 ile Halk Sağlığı Kurumu'nun görev tanımı yapılmıştır (17-20).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri temel olarak; TSM, ASM ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri tarafından verilmektedir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 112 Acil Sağlık Hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı olan İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmekte olup, TSM ve ASM’ler Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatı olan Halk Sağlığı Müdürlükleri’ne bağlı olarak çalışmaktadır (18).

ASM’ler,

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir veya daha fazla sayıda aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ile birlikte ekip anlayışıyla sunulduğu sağlık kuruluşu olarak tanımlanmaktadır (18).

TSM’lerin görevleri ise;

- Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirlemek, bu sorunları gidermek için planlama yapmak, bu planları uygulamak ve uygulanmasını sağlamak,
- Birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize etmek ve bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izlemek, değerlendirmek ve desteklemek,

- Aile hekimlerinin çalışma saatlerine uyumunu, çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek,
- Aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetlerden kişisel ve toplumsal boyutu olan bebek ve çocuk sağlığı, gebe ve lohusa takibi, aşı, aile planlaması vb. işler için hem aile hekimleri arasında hem de diğer ilgili kurumlar arasında koordinasyonu sağlamak
- Tüberküloz kontrolü için, hastaların ve temaslıların ilaçlarını olduğu aile hekimine veya doğrudan gözetimli tedavi uygulama gözetmenine ulaştırmak; aile hekiminin veya gözetmenin, belirlenen programa uygun olarak hastasını izlemesini, ilaçlarını doğrudan gözetim ile vermesini ve kontrolünü düzenli olarak yapmasını sağlamak;
- Zoonotik ve vektörel hastalıklarla ilgili olarak Bakanlığın öngördüğü çalışmaları yapmak, ilgili kuruluşlarla iş birliğinde bulunmak ve verileri müdürlüğe iletmek olarak tanımlanmıştır (19).

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması bu şekliyle temel sağlık hizmetleri anlayışının önemli bir özelliği olan başvurmayanlara da hizmet ilkesini içermemektedir. 2004 yılında çıkarılan 5258 Sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' ile birinci basamağın özelleştirilmesi, 2010 yılında kabul edilen 5947 sayılı 'Tam Gün Yasası' ile hekim emeğinin değersizleştirilmesi ve 2011 yılında yürürlüğe giren '663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname' ile de Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sunumu ve sağlık insan gücü politikalarını değiştirmiştir (20-22). Bu değişiklikler;

- Nitelik gözetilmeksizin gerçekleştirilen yetiştirme politikaları,
- Güvencesiz/eksik istihdam ve
- "Performansa dayalı ek ödeme" olarak anılan hizmet başı ödeme yöntemi olarak sıralanabilir.

Türkiye'de sağlık sisteminde yaşanan değişimin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin iş doyumunu olumlu ya da olumsuz yönde etkilemiş olması olasıdır. Bu model sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak çalışmasını öngörmektedir. Bu modelde sağlık çalışanlarının asgari çalışma süresi (40 saat) belirtilmişken, üst sınırının belli olmaması, işsizlik

tehlikesi nedeniyle oluşan rekabet ortamında sağlık personelinin uzun süre angarya hizmet sunması anlamına gelmektedir. Bu istihdam biçiminin yarattığı sorunların en önemlileri (21);

- İş güvencesizliği,
- Gelecek belirsizliği ve
- İşsizlik tehlikesidir.

Sağlık işkolunda sözleşmeli çalışma ve performans değerlendirmesi gibi piyasa ekonomisi uygulamaları artan oranda kullanılmaktadır (24). Ayrıca küreselleşmenin istihdam açısından engel olarak tanımladığı sosyal haklar ve esnek istihdam sağlık reform programlarının ana hedefleridir. Sözleşmeli çalışma, iş güvencesizliği ve özlük haklarındaki kayıpları beraberinde getirmektedir (22).

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla (SDP) "bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü" yaratmayı hedeflemektedir (25). Ancak aile hekimleri arasında artan rekabet ortamı, ekip anlayışının yok edilmesi, sözleşmeli çalışma, esnek çalışma saatleri ve iş güvencesizliğiyle hekimlerin motivasyonunun yüksek olması mümkün görünmemektedir (26). Sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu düşünüldüğünde performans sisteminin çalışma barışının bozulmasına ve hekimler arasında rekabete yol açacağı, bireyselleşme ön plana çıkaracağı, işbirliği ve yardımlaşma duygusunu azaltacağı söylenmektedir (12).

Çalışanlar açısından iş doyumu ve iş stresi düzeyleri artan oranda önem kazanmaktadır. İş doyumu ve iş stresindeki değişimler sağlık çalışanlarının hem kendi sağlıkları, hem de hasta bakım hizmetleri açısından önemlidir (24)

Hastaya hekim seçme hakkı tanıyan bu sistemde aile hekimleri, hasta ve dolayısıyla ücret kaybına uğramamak için sürekli çalışmak durumunda kalabilecek, hastasının ilaç, rapor vb. her türlü isteğini yerine getirmesi gerekebilecek ve hafta sonu, yıllık izin ya da mesai saatleri dışındaki zamanlarını bile istedikleri gibi kullanamama ihtimalleri yüksek olacaktır (27).

SDP ile birlikte meydana gelen değişikliklerin yol açtığı aşırı iş yükü, toplumun karşılanması mümkün olmayacak şekilde yükseltelen beklentileri, giderek artış gösteren şiddet gibi sorunlar sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliğini her geçen gün arttırmaktadır (22,23). Kayseri’de 2013 yılında yapılan bir araştırmada, aile hekimliği uygulamasının; hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü, stresi, etik yozlaşmayı artırdığı; sosyal hayatlarına ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanı ise azalttığı bulunmuştur (28).

### **III. İş doyumu ve ilgili Kavramlar**

Günün en az üçte birinin iş hayatında geçiriliyor olması çalışma hayatının kişinin yaşamında önemli bir yere sahip olduğunu düşündürmektedir. Ancak çalışılan işin insan için ne anlam ifade ettiği, birey iş ilişkisinin temelinde ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz tutumlar çalışan kişinin işinden alacağı doyumu da etkilemektedir. Çalışma koşulları, bireyin yaptığı işin niteliği, işin sevilerek yapılması, işe duyulan ilgi bireylerin işiyle ilgili olumlu ya da olumsuz duygular yüklemesine neden olmaktadır (29).

İş yaşamı önemli bir yaşam alanı olup, iş doyumu ile iyi olma arasında güçlü ilişkilerin olduğu bilinmektedir. Çalışılan işin insan için ne anlam ifade ettiği, birey iş ilişkisinin temelinde ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz tutumlar, çalışan kişinin işinden alacağı doyumu etkilemektedir (30). Bireylerin işin kontrolüne ve karar verme süreçlerine katılımı da iş doyumuna etkilidir (1). İş doyumu kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biridir (31,32).

Sağlık işkolu, başta sağlık meslekleri olmak üzere, farklı meslek gruplarındaki çalışanların, farklı hizmet basamaklarında ve birimlerinde, toplumun bütünü için sağlık hizmeti ürettikleri, emek yoğun bir hizmet iş koludur (33).

Dünyada nüfus yaşlanmakta, tanı ve tedavi yöntemleri gelişmekte ve sağlık hizmetleri artı değer oluşturan bir sektöre dönüşmektedir. Bunun sonucu olarak daha fazla kar elde etmeye çalışma ve rekabet kaçınılmaz olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin bir basamağı olan SDP ile aile hekimlerinin ücretlendirilmesi göz önüne alındığında hasta ve dolayısıyla

ücret kaybı yaşama olasılığını artırdığından hekimler arasında rekabete yol açabileceği öngörülebilir. Bu değişiklikler; sağlık hizmeti sunumunda kilit rol oynayan hekimi birincil olarak etkilemektedir. Hekimin iş yaşamından memnun olmaması, hem hekimin hem de hastanın sağlığını olumsuz etkilemektedir (34).

İş doyumu tanım olarak;

Schultz'a göre; kişinin iş hakkında hissettiği olumlu/ olumsuz duygu ve davranışlardır (35).

Fred Luthans'a göre iş doyumu; duygusal bir tepkidir ve beklentilerin ne derece karşılandığı ile yakından ilişkilidir. Luthans' a göre bu beklentiler iş, ücret, terfi olanakları, yöneticiler ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkilidir (36).

Aksayan'ın alıntıladığına göre Smith, iş doyumunu, çalışanın işini ve iş çevresini değerlendirerek geliştirdiği duygusal bir tepki olarak tanımlamakta, bireysel gereksinimler ile deneyimlerin iş çevresiyle etkileşime girerek iş doyumu ya da doyumsuzluğunu yarattığını belirtmektedir (37).

İş doyumu çeşitli yazarlarca genellikle bir tür olumlu duygu olarak tanımlanmaktadır. Locke iş doyumunu 'işe karşı memnuniyet verici ya da olumlu duygusal durumlarla ortaya çıkan bir sonuç' olarak tanımlarken; Muchinsky 'çalışanın işinden aldığı zevk', Barutçugil ise 'bir çalışanın yaptığı işin ve elde ettiklerinin ihtiyaçlarıyla ve kişisel değer yargılarıyla örtüştüğünü veya örtüşmesine olanak sağladığını fark etmesi sonucu yaşadığı duygu' olarak tanımlamışlardır (38-40).

Genel tanımıyla iş doyumu; bireyin yaptığı işi ve iş yerindeki çalışma yaşamını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal tepki ve işin özelliklerinin değerlendirmesi sonucu oluşan iş hakkındaki olumlu duygu olarak tanımlanabilmektedir (41).

#### **IV. İş Doyumu Kuramları**

İş doyumunu anlamak ve örgüt içinde iş doyumunu artırmak için öncelikle iş doyumuyla ilgili kuramları incelemek gerekir. İş doyumunun sistematik bir şekilde incelenmesinde motivasyon (güdüleme) kuramlarının etkisi çok büyüktür. Örgüt içinde bireylerin iş doyumlarının incelenmesinde güdüleme kuramlarından yararlanılmaktadır. Geliştirilen kuramlar içerik ve süreç kuramları olarak iki ana grupta incelenmekle birlikte pekiştirme kuramları da literatürde karşımıza çıkmaktadır (42,43). İçerik kuramları, nelerin güdülemeye yol açtığı konusunu ele almaktadır. Süreç kuramları ise daha çok güdüsel sürecin nasıl işlediğini incelemektedir (38).

#### **IV.A. Gereksinim Kuramları**

Gereksinim kuramları, benzer iş koşulları ve durumlarında çalışan bireylerin güdülenmelerindeki farklılığı açıklamaya çalışır (43). Gereksinim kuramlarını; Gereksinim Hiyerarşisi Kuramı, İki Etken Kuramı, ERG Kuramı ve Kazanılmış Gereksinim Kuramı olarak 4 başlık altında inceleyebiliriz.

**IV.A.a. Gereksinim Hiyerarşisi Kuramı:** İş doyumunu açıklarken en çok başvurulan bu kuram Abraham Maslow tarafından 1943 yılında geliştirilmiş ve iş doyumunun sağlanmasını gereksinimlerin doyurulması ile açıklamaktadır. Maslow daha sonra anlatılan kuramlardaki gibi iş motivasyonundan bahsetmemiştir. Maslow'a göre kişinin gösterdiği her davranış kişinin sahip olduğu belirli ihtiyaçları gidermeye yöneliktir. Kişinin ihtiyaçları, önem sırasına göre bir hiyerarşi içinde olup, bir piramide benzetilebilir. Piramit şu şekilde oluşmaktadır:

- Tabanı; temel (fizyolojik) gereksinimler (yemek yeme, barınma..),
- İkinci sırada; güvenlik (ev, sosyal güvenceye sahip olma..) ihtiyacı,
- Üçüncü sırada; sevgi ihtiyacı (işini sevmesi, ait olma duygusu, kabul görme, arkadaşlık..),
- Dördüncü sırada ; tanınma (başarma, ünvan, statü, saygınlık..) ve
- En üst basamakta ise kendini gerçekleştirme yani yeteneklerini kullanma gereksinimi vardır (34,43).





**Şekil-1:** Maslow'un Gereksinim Hiyerarşisi Piramidi

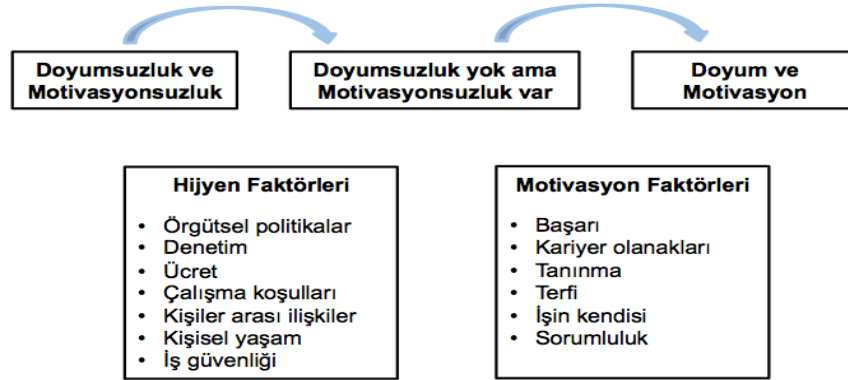
Kişinin en alt düzeydeki gereksinimleri belirli bir düzeye kadar giderilince, bir sonraki gereksinim seviyesine doğru ilerler. Yani birey, güvenli çalışma koşulu gereksinimi giderilince görevini başarıyla yerine getirme gereksinimini gidermeye yönelir (43).

**IV.A.b. İki Etken (Motivasyon-Hijyen) Kuramı:** Frederic Herzberg tarafından geliştirilmiştir. Bu kurama göre iş ortamında, doyum ve doyumsuzluk yaratan etmenler birbirinden ayrıdır. İçsel nitelikli etmenler (motivatorlar yada güdüleyiciler) işin kendisinden kaynaklanan etmenlerdir ve doyum sağlarlar. Bunlar başarı, takdir edilme, işin kendisi, sorumluluk alma, yükselme olanakları ve ilerlemedir.

Dışsal nitelikli etmenler ise hijyenik etmenler olarak sınıflandırılır ve içerik yada çevreyle ilişkilidirler. Bunlar ise çalışma koşulları, maaş, örgüt politikaları, yönetim, denetim, iş güvenliği, kişiler arası ilişkiler olarak sıralanır ve yokluğu doyumsuzluk yaratmaktadır (44,45).

Burada dikkat çekici nokta iş doyumunu ve doyumsuzluk durumunun birbirinin karşıtı olmamasıdır. İş doyumunun karşıtı iş doyumsuzluğu değil, iş

doyumunun olmamasıdır. Dışsal nitelikli etmenlerin düzeltilmesi iş doyumuna yol açmaz. Örnek olarak düşük ücretin düzeltilmesi iş doyumuna yol açmaz iş doyumusuzluğunu önler.



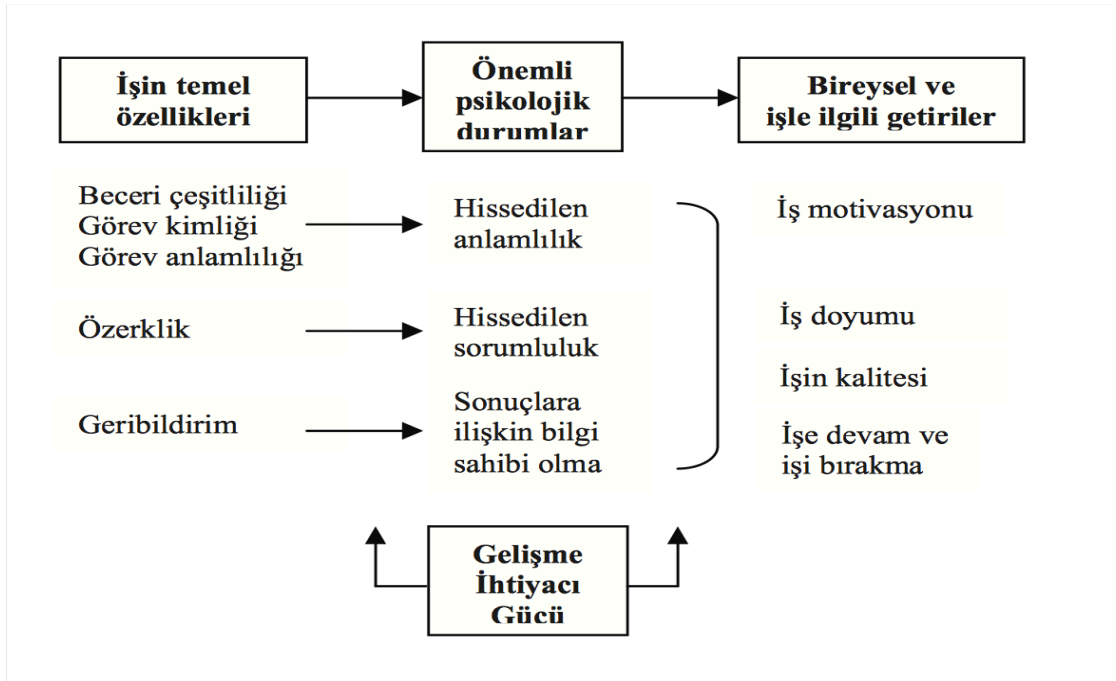
## Şekil- 2: Herzberg'in İki Etmen Kuramı

Herzberg'e göre iş doyumunu artırmanın yolu içsel etmenlerin artırılmasıdır ve bunu "İş Zenginleştirme Kuramı" olarak adlandırmıştır. Herzberg iş zenginleştirme için şu yöntemleri önermiştir;

- Çalışanın özerkliğini, özgürlüğünü ve sorumluluğunu artırma yönünde bazı yönetsel kontrollerin kaldırılması,
- Çalışanın işin bir parçasını yapmasındansa bütününü yapması,
- Çalışanın kendi verimlilik ve performansı hakkında sürekli ve dolaysız geribildirim alması,
- Çalışana yeni ve zorlayıcı görevler verilerek bir konu hakkında uzmanlaşmasının sağlanması (46).

Hackman ve Oldham 1975'de, 'İş Özellikleri Kuramı' yla işin özelliklerinin insanları nasıl etkilediğini açıklamışlardır. Bu kuramda iş motivasyonu ve iş doyumunu birlikte ele alınmakta ve iş doyumuna etki eden içsel faktörlerle ilgilenilmektedir. Kurama göre, iş doyumunu belirleyen işe ait beş boyut vardır;

- **Beceri Çeşitliliği:** Bir işi gerçekleştirmek için gerekli olan becerilerdir,
- **Görev kimliği:** Yapılacak bir işin tamamının mı yoksa bir kısmının mı yapıldığıdır,
- **Görevin anlamlılığı:** Bu kavram, yapılan bir işin başkalarının hayatında önemli değişiklikler yapıp yapmadığıyla ilgilidir,
- **Özerklik:** Çalışanın işini olması gerektiğini düşündüğü şekilde gerçekleştirebilme özgürlüğüdür,
- **Geribildirim:** Çalışana işini ne kadar doğru yapmış olduğu hakkında verilen bilgidir (46,47).



**Şekil- 3:** Hackman- Oldman'ın İş Özellikleri Kuramı

Bu kuram kişilerin işten aldıkları doyumu, motivasyonlarını ve kendilerini geliştirebilme olanaklarını öne çıkarmaktadır. Bu kurama göre kişiler işlerini keyifli ve anlamlı bulduklarında daha iyisini gerçekleştirebilmek için motive olurlar. Bu kuramın boyutları bir formülle değerlendirilir ve sonucunda Potansiyel Motivasyon Puanı (PMP) olarak adlandırılan bir puan hesaplanır. Bu puan yüksek ise iş doyumunun yüksek olduğu söylenir (47).

#### Şekil- 4: Potansiyel Motivasyon Puan Formülü

**IV.A.c. ERG Kuramı:** Hackman ve Oldman'ın aktardığına göre Clayton Alderfer tarafından geliştirilmiştir. Bu kuram Maslow'un kuramı gibi gereksinimler üzerinde durmaktadır. Çalışanlar burada da alt gereksinimler giderildikten sonra üst düzey gereksinimlere yönelir. Üç temel gereksinimden söz edilmektedir. Bunlar;

- Varlık Gereksinimi: En alt düzeyde yaşamı devam ettirecek fiziksel gereksinimlerdir (yiyecek, su, korunma, gibi). Bir iş gören bu gereksinimlerini ücret, örgütsel olanaklar, rahat bir çalışma ortamı ve iş güvenliği ile giderebilir.
- İlişki Gereksinimi: Bu gereksinimler diğer insanlarla ilişkiler, duygusal destek, saygı, tanınma ve ait olma gereksinimlerini kapsar. Bu gereksinimler işte ve iş dışında arkadaşlar yada aile ile doyurulabilir.
- Gelişme Gereksinimi: Bireyin çevresiyle yenilik ve yaratıcılığını geliştirecek biçimde etkileşmesini, gelişmesini içerir (48).

ERG kuramında ihtiyaçlar bir hiyerarşi içerisinde değildir. Tüm gereksinimler kişiyi aynı anda etkileyebilir. Maslow'un kuramının aksine, bu kuramda alt düzeydeki bir gereksinimin doyurulması kişiyi mutlaka bir üst düzeydeki gereksinime yönlendirmez; ayrıca doyurulan bir gereksinimin o gereksinimi daha da güçlendirebilir (35).

**IV.A.d. Kazanılmış Gereksinim Kuramı:** Çetinkanat'ın aktardığına göre Mc Clelland tarafından geliştirilmiştir. Başarı, ilişki ve güç olmak üzere üç bileşeni vardır. Bu kuramda kişilerin gereksinimleri kendi kültürlerinde yaşadıkları ve öğrendikleriyle yakından ilişkilidir (43).

#### **IV.B. Süreç (Bilişsel) Kuramları**

Gereksinim kuramları, davranış üzerindeki içsel etkenleri açıklamaya çalışırken süreç kuramları güdülenmeden önceki bilişsel etkenler üzerinde dururlar. Beklenti, denklik ve amaç-saptama olmak üzere üç temel süreç

kuramı vardır (36).

**IV.B.a. Beklenti Kuramı:** Victor Vroom tarafından geliştirilmiştir. Kişinin davranışını yalnızca gereksinimleri belirlemez. Kişinin bu gereksinimleri giderme amacına ulaşacağı beklentisi davranışını etkilemektedir. Kişi bir konuda çaba gösterdiğinde, bunun sonucunu elde edeceğini varsayar. Bu kuramın üç boyutu vardır;

- Beklenti: İstenilen amaca ulaşma hayali,
- Araçsallık: Kişinin amaca ulaşmasının gerekliliğine inanması ve
- Valans: Bireyin amaca verdiği değer (49).

Bireyin bir sonuca ulaşmak için istekli olması, göstereceği çaba ve sonuca ulaşma beklentisi, onu o sonucu elde etmek için motive edecek böylece iş doyumunu sağlamış olacaktır (35).

**IV.B.b. Denklik Kuramı:** Adams tarafından geliştirilmiştir. Kişiler kendilerini aynı düzeyde ve aynı koşullarda çalıştıkları kişilerle karşılaştırırlar ve bu şekilde kişide iş doyumunu yada iş doyumsuzluğu oluşur . Kişiler diğer çalışanlarla kendi gösterdikleri çabaları ile aldıkları ücret ve yükselme olanaklarını karşılaştırır. Bu kuramda dikkat çeken kişi eğer eşitlik algılıyorsa iş doyumunun sağlanacak olması ama eğer eşitsizlik hissediyorsa da iş doyumsuzluğu yaşayacaktır (35,43).

$$\frac{\text{Kişinin isten elde ettiği sonuc}}{\text{Kişinin is için harcadığı emek}} = \frac{\text{İş arkadaşının isten elde ettiği sonuc}}{\text{İş arkadaşının iş için harcadığı emek}}$$

**Şekil- 5:** Adams'ın Denklik Kuramı

**IV.B.c. Amaç saptama kuramı:** Edvin A. Locke tarafından geliştirilmiştir. İnsanların hedeflerini başarmalarının kendileri için ödül olacağını düşünmeleri ve bu hedefler için güdülendikleri görüşüdür. Bu hedefe bağlılık üç tür etmene bağlıdır (38,50):

- Dışsal etmenler: Yönetici, işteki akranlarla ilişkiler ve dışsal ödüllerdir. Teşvik edici, destekleyici bir yönetici, akranlara arası iyi ilişkiler ve ücret artışı işte hedefe bağlılığı arttırmaktadır.

- Etkileşimli etmenler: Yarışma (üstlerle ve akranlarla).
- İçsel etmenler: Kendi kendini ödüllendirme ve başarı beklentisi. Kişinin başarıya ilişkin beklentisi azaldığında hedefe bağlılığı da azalacaktır.

Örgütsel amaçlar kişilerin güdülenmesini sağlar. Burada dikkat çekici nokta hem örgüt hem de kişinin amaçlarını net bir şekilde belirlemesidir. Bireyin amaçlarına ulaşması doyumunu oluştururken, amaçlarına ulaşamaması doyumsuzluğa neden olmaktadır (36). Kişilik yapısı, ödül, çalışma arkadaşlarının yardımlaşması ve ücret artışı gibi faktörler de hedefe bağlılığı, motivasyonu ve dolayısıyla iş doyumunu artırmaktadır (35,50).

Locke bu kurama göre kendisine yüksek amaçlar saptayan ya da başkalarının onlar için saptadığı yüksek amaçları kabul eden bireylerin, daha çok çalışıp ve daha iyi performans göstereceğini ileri sürmektedir (38,50).

#### **IV.C. Pekiştirme Kuramları**

B.F. Skinner'a göre, kişinin davranışını içinde bulunduğu çevre koşulları biçimlendirir. Davranışı açıklarken süreç kuramlarının aksine bireyin düşünme sürecinin etkisi olmadığını söylemektedir. Olumlu pekiştirmeler davranışları değiştirebilir. Çetinkanat'ın aktardığına göre, davranış değiştirme yöntemleri, yönetimin iş görenlerden ne tür davranış beklediğini, buna karşılık ödülleri neler olacağını iş görenlere anlatarak kullanılabilir (43).

Bu kuramlar göstermektedir ki kişilerin gereksinimleri karşılandığında, kişiler kendi yapılarına uygun işlere yerleştirildiğinde ve kişilerin motivasyonu sağlandığında iş doyumunu ve dolayısıyla örgütün başarısı yüksek olacaktır. Verquer'in yirmibir araştırmayı analiz ettiği çalışmasında iş doyumundaki en önemli unsurun, iş ve kişinin uyumu olduğu belirtilmiştir (51).

İş doyumunu ile işe devamsızlık arasında yüksek korelasyon vardır. Çalışanın motivasyonun yüksek olması, performansını ve iş doyumunu artırmakta böylece işten ayrılmayı azaltmaktadır. Her ne kadar Martin yöneticiler için sürekli yeni birini işe almayı, onun eğitimini ve işe oryantasyonunu pahalı ve verimsiz bir süreç olarak tanımlasa da iş doyumunu sağlamanın örgütsel önemi hiç bir zaman kişisel faydalanımların

ve kişilerin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak sağlıklarının önüne geçmemelidir (52).

### **V. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler**

İş doyumunu etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Farklı meslek gruplarında farklı kültürlerde iş doyumunu etkileyen etmenleri tek bir faktörle açıklamak olanaklı değildir. Norveç'te sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada örgütlerindeki liderlerin çalışanların iş doyumunu en fazla etkilediği bulunmuştur. Doktorların iş doyumunu artırmak için mesleklerinde kendilerini geliştirmeleri önemliken hemşirelerde işteki sosyal destek ve süpervizörlerinin geri bildirimleri daha önemli olarak bulunmuştur. Çalışanın iş doyumdaki değişiklikler, bireysel özellikler ile iş ortamı ve koşullarının etkilenimi sonucu oluşmaktadır. Bu özellikleri bireysel ve çevresel (örgütsel) olarak iki ana grupta toplamak olanaklıdır. Bu özellikler birbirlerini etkileyip iş doyumunu etkilediği gibi kendileri de tek başına iş doyumunu yada doyumsuzluğuna neden olabilir. Düşük sosyal sınıfta olan bireylerin eğitim düzeyleri düşük olur, daha düşük düzeyde bir işte çalışırlar ve iş doyumsuzluğu yüksek olur (29,35,53-55).

Birçok ülkede sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve işleri ile ilgili kararlara katılımı sağlanmaktadır. Finlandiya, İsveç ve Norveç'te sağlık çalışanlarının kararlara katılımı kamu politikalarıyla da desteklenmektedir. Mesela Sağlık sisteminde çalışanlara daha fazla sorumluluk verilmesi (yoğun bakımda çoklu sistem yetmezliği olan hastalara müdahalede hemşirelere daha fazla sorumluluk verilmesi) hasta bakımında başarıyı daha da artıracaktır (8).

Donald ve Pandey' in yaptıkları çalışmada iş doyumunda kamusal hizmet motivasyonu, terfi olanakları, iş belirliliği, işin rutinliği ve grup kültürünün önemli olduğunu bulmuşlardır (56)

### **V.A. Bireysel faktörler**

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, etnik grup, çocuk sahibi olma durumu, bilişsel yetenekler, kişilik yapısı, sosyokültürel çevre, değer yargıları, inançlar, kişilik, zeka, beklenti, meslek, statü, sosyoekonomik durum, sosyal sınıf, eğitim, meslek, aynı iş yerinde geçirilen süre, meslekte geçen süre

(deneyim, mesleki kıdem), çalışmakta olduğu işini seçme nedeni, işin birey için anlamı (iş yapan kişinin işe karşı ilgisi), mesleki bir kursa katılma durumu (mesleki gelişme fırsatı), işten ayrılma isteği, işin kişiyle uyumu, genel yaşam doyumu, stresle baş edebilme durumu, genel sağlık durumu, boş zamanlarda yapılan aktiviteler, aile ve sosyal çevresiyle ilişkileri, psikolojik kapasite (özgüven, iyimserlik, beklenti, esneklik) olarak belirtilmektedir (28,35,37,49,54-63).

Yaş ile iş doyumu ilişkisini açıklayan farklı görüşler vardır. Bu görüşlerden ilki Herzberg tarafından ortaya atılan ve birçok araştırmacı tarafından kabul edilmiş 'U' şeklindeki eğri benzetmektedir. Çalışma yaşamına erken başlayan gençlerde moral yüksekliğine bağlı iş doyumu yükselirken otuz yaşına doğru düşmekte ve yaş ilerledikçe tekrar yükselmektedir (46). Diğer bir görüş ise yaş artıkça kişilerin deneyim kazanmaları, sorumluluklarının, saygınlıklarının ve kendilerine güvenlerinin artması nedeniyle iş doyumunun arttığı yönündedir (35).

Yetenek ve zekasıyla uyumlu işte çalışmak iş doyumunu artırır. Kişinin eğitim aldığı işi yapması yeteneklerini kullanmasına olanak sağlayacağından iş doyumunu artıracaktır. Eğitim durumu zekayla ilişkili bir faktördür ve yapılan bazı çalışmalarda eğitim seviyesiyle iş doyumu arasında zayıf negatif bir ilişki gösterilmiştir. Yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin işlerinde doyumsuz olduğu gösterilmiştir. Öyle ki eğitim seviyesinin yükselmesi kişilerin sorumluluk, kendilerini geliştirebilme ve başarı beklentilerinin daha fazla olduğu yönündedir (35).

#### **V.B. Çevresel ve örgütsel faktörler**

İşin kendisi, işin yapısı ve zorluk derecesi, ilgi çekiciliği, ödül, denetim, işle ilgili stres, ücret, örgütsel ilişkiler, iş güvenliğinin olması, çalışma koşulları (fiziksel şartlar), çalışma şekli (vardiya), mavi-beyaz yakalı olma durumu, tecrübe, yönetim biçimi, örgütsel destek, kendini ifade etme, karar verme sürecine aktif katılım, yeteneklerini kullanabilme, yönetimde görevi alma, çalışma arkadaşları ve üstlerle iletişim, yetki ve sorumluluk devri, örgütün sağladığı yükselme-gelişme olanakları, takdir edilme, motivasyon, özendirici ödüllerden oluşmaktadır (29,35,36,44-48,54-63).



Kişinin temel ihtiyaçları olan ücret ve güvenlik iş doyumunun sağlanmasında temel gereksinimleridir. Wroom' un beklenti teorisinde bahsettiği üzere çalışanlar gösterdikleri performans sonucunda ücret ve yükselme olarak ödüllendirmeyi beklerler (50). Aynı zamanda ücret çalışan tarafından başarının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (38).

Kişinin yaşıyla birlikte işteki süresinin ve iş tecrübesinin artması iş doyumunu arttırmaktadır (35).

İş yerinde yükselme olanağı çalışanın iş doyumunu etkilemektedir. Kişinin çalıştığı kurumdaki örgütsel adaletin varlığına inancı kişinin iş doyumunu ve örgütsel bağlılığını arttırmaktadır. Örgütsel adaletin olmadığı durumda çalışan kendini stres altında hissetmekte, haksızlığa uğradığını düşünmekte ve işini değiştirmek istemektedir (35,38). Yöneticiler tarafından çalışanların karar verme sürecine katılımlarının desteklenmesi ve onlara yol göstermeleri çalışanlarda iş doyumunun artmasına yol açmaktadır (64).

#### **VI. İş Doyumunun Birey Ve Örgüt Düzeyindeki Etkileri**

Günün üçte birinin işte geçmesi bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin iş yerinde karşılanmasını gerektirir. İşyerinde karşılanmayan gereksinimler ise iş doyumsuzluğunu, çalışanın genel yaşam doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (65). Sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği sağlık kuruluşlarının iş güçlerini sınırlayıcı bir etkiye neden olur (66).

Aburge'nin Smith, Kendal ve Hulin'den alıntıladığına göre iş doyumunu araştırılmaya başlandığından beri ücret memnuniyeti, terfi imkanları, iş arkadaşları, denetim ve işin içeriği üzerinde çalışmalar yapılmış, fakat iş doyumuna etki eden daha bir çok faktörün olduğu da tahmin edilmiştir (49). Araştırmalar günümüzde diğer faktörleri bulmaya yönelik olarak yapılmaktadır. Judge iş doyumuna etki eden faktörlerin tam olarak anlaşılması için daha önceki çalışmalarda sessiz kalan elemanların incelenmesi gerektiği üzerinde durmaktadır (54).

Belçika'da yapılan bir çalışma kamu sektöründe bireysel performansın iş doyumuyla ilişkili olduğunu göstermiştir (67). Bir çok ülke kamu sektöründe reformlar yaparak devlette çalışanların iş doyumunu

artırmaya çalışmaktadır. Çünkü kamu sektöründe çalışanların motivasyonu genel toplum memnuniyeti için çok önemlidir (49).

Son zamanlarda iş doyumu ve doyumsuzluğuna neden olan faktörlerin araştırılması akademisyenler ve yöneticiler için önemli bir hale gelmiştir. Çünkü bu örgütsel büyüme için gereklidir (49).

İşinden memnun olan çalışanlar örgüt içinde daha kalıcı ve üretkendirler (68). Memnuniyetsiz çalışanlar ise daha az üretken ve işten ayrılmaya eğilimlidir (69).

Tüm çalışanlar; çalışma koşullarının iyileştirilmesini, çalışma yaşamına ilişkin ekonomik, psikolojik ve toplumsal gereksinimlerinin, özlem ve isteklerinin karşılanmasını istemektedirler (70).

Devamlı olarak gergin iş ortamında çalışmanın hastalara karşı olumsuz tutumlarla sonuçlandığı, sağlık kurumları gibi verilen hizmetin kişisel olduğu ve yoğun çabayı gerektirdiği hizmet örgütlerinde etkililiğin sağlanabilmesi için çalışanlar arasında yüksek doyum düzeyi bu açıdan da önemli olduğu gösterilmiştir (71,72).

#### **VI. A. Örgüt düzeyinde etkisi:**

İş doyumu, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden biridir. Yönetici ve çalışanlar olarak aynı işyeri ortamında karşılıklı beklentilerin sağlandığı durumda; işyerinde bütünleşme sağlanacak, etkin ve verimli hizmet sunulacaktır (73).

İş doyumu iyi performansın nedenidir ve bu tek yönlüdür. Yüksek performans iş doyumuna neden olmaz ancak iş doyumu yüksek bireyler işlerinde daha konsantre ve etkindirler (46).

Hekimlerin sağlıksız olması sağlık hizmeti sunumlarını da kötü etkilemektedir. Hekimlerdeki iş doyumsuzluğunun fazla olması onları iş ortamlarını ve mesleklerini değiştirmeye yöneltmektedir (5).

İş doyumu olmayan bireylerde işe geç gitme, devamsızlık ve yabancılaşma, iş arkadaşlarıyla ilişkilerinde bozulma, örgütsel bağlılıkta azalma sık rastlanmaktadır. Ayrıca bu bireylerin üretkenliği daha düşük, işten ayrılma ve sık iş değiştirme eğilimleri daha yüksektir ( 35,38,39,44,68,72).

İşinden tatmin olmayan çalışan, hizmeti zamanında, eksiksiz ve sürekli olarak sunulmasında yeterli performansı gösteremeyecek ve bu durumda sağlık kurumunun verimliliğini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir (74).

Vandenabeele Belçika'da yaptığı çalışmada kamu sektöründe motivasyonun iş doyumunu artırdığını söylemiştir (67). Avrupa da 9 ülkede yapılan başka bir çalışmada da çalışanların karar verme sürecine katılımlarının ve çalışanların aralarındaki iyi ilişkilerin çalışanların iş doyumunu artırdığı bulunmuştur (59).

#### **VI. B. Genel yaşam doyumuna etkisi:**

Toplumun sağlıklı olması için hekimler son derece önemlidir ve hekimlerin sağlıksız olduğuna dair bir çok kanıt vardır. Hekimler çalışma hayatlarında bir çok strese maruz kalmakta ve bu durum madde kötüye kullanımı, ilişkilerde bozulma, depresyon hatta ölümlerle sonuçlanabilmektedir (5).

Bir kişi günün ortalama olarak üçte birini işyerinde geçirir bu nedenle bir insanın yaşamındaki en önemli aktivitelerden biri işidir. İş doyumsuzluğu yaşayan bireylerin iş arkadaşlarıyla ilişkileri bozulmasıyla birlikte sosyal hayatındaki kişilerle de ilişkilerinde bozulmalar meydana gelecektir (35,46).

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetini en iyi şekilde sunabilmeleri kendilerinin sağlıklı olmalarıyla olanaklıdır. Bedenen ve ruhen sağlıklı olabilmek ise bazı koşul ve olanakların varlığına bağlıdır. Sağlık çalışanlarının yaşam koşullarının iyileştirilmesi; çalışma koşullarının düzenlenmesi ve demokratik haklarına kavuşması olarak özetleyebileceğimiz bu koşul ve olanaklar sağlanamadıkça, sağlıklı sağlık çalışanları ve iyi sunulan sağlık hizmetinden söz etmek olanaksız olacaktır (75). Sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması hem kendileri hem de topluma verilen hizmetin kalitesi açısından da önemlidir (76,77).

Ayrıca iş doyumsuzluğu yüksek bireylerde sapkın davranışlar (iş arkadaşlarına düşmanca davranma, madde kullanımı, hırsızlık.. vb) daha sık gözlenir (54).

### **VI.C. Fizik ve Ruh Sağlığına etkisi:**

Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının sağlıklarını ve dolayısıyla iş doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bunun sonucunda anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlar yanında uykusuzluk, kaslarda gerginlik, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalar görülmekte ve iş motivasyonları azalmakta, iş verimi düşmekte, işle ilgili kendine güvende azalma, tükenmişlik sendromu, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (77-80).

İş doyumunu düşük olan kişilerde çeşitli fiziksel sorunlar ortaya çıkabilir. Yapılan çalışmalarda yorgunluk, nefes darlığı, baş ağrısı, terleme, iştahsızlık, hazımsızlık, bulantı gibi gastrointestinal sistem sorunları, uyku bozuklukları, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi birçok rahatsızlıkla iş doyumsuzluğu arasında yüksek ilişki bulunmuştur (36,77-81).

İş doyumsuzluğu olan insanlarda işin kaygı yaratması, bu kaygının yoğun ve sürekli olması, onun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca kişilerde tükenmişlik, benlik saygısında azalma, bir işe yoğunlaşmada güçlük, sosyal izolasyon, yorgunluk, cinsel ilginin azalmasına yol açmaktadır (2,46,79,81,82).

Yapılan araştırmalarda daha çok iş doyumunu ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmuştur. Özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarıyla iş doyumunun düşüklüğü arasındaki ilişki kuvvetlidir. İnce'nin Schmit'ten alıntılacağına göre, duygusal tükenmişlik iş doyumunu ve kişisel gelişmeyi olumsuz etkiler. İş doyumunu kişisel başarı ile hafif bir pozitif korelasyon gösterirken, duygusal tükenmişlikle negatif korelasyon gösterir (74,81-84).

### **VII. Sağlık Hizmetlerinde İş Doyumu**

İnsan faktörünün, iş sisteminin diğer unsurları gibi yalnızca bir üretim faktörü olmadığı çağdaş yöneticiler tarafından ayrımsanmıştır. Örgütsel etkililiğin ön koşulu insanın mutluluğunu temel almaktır (85).Topluma sunulan

sağlık hizmetlerinin niteliği, sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu çalışma ve yaşam koşulları ile yakından ilişkilidir (86).

Yirmi bir araştırmanın analiz edildiği bir çalışmada iş doyumundaki en önemli unsurun iş ve kişinin uyumu olduğu belirtilmiştir (52).

Çin’de 2012 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada; hem pratisyen hekimlerde hem uzman hekimlerde iş doyumuna orta düzeyde bulunmuştur (58).

Birçok ülkede yapılan sağlık reformlarından sağlık çalışanları olumsuz etkilenmiş ve yapılan çalışmalarda iş doyumuna düşük olarak bulunmuştur. Estonya ve Litvanya’ da sağlık sistemindeki reformlardan sonra yapılan çalışmalarda hekimlerde iş stresi artarken iş doyumları azalmış olarak bulunmuştur (63,87). İngiltere’de 2004 yılında yapılan bir çalışmada sağlık reformundan sonra genel pratisyenlerin iş yükünde ve çalışma saatlerinde artış gözlenmiş olup bu genel pratisyenlerin iş doyumunu düşüren en önemli nedenler arasında gösterilmiştir. İş doyumunun düşüren diğer nedenler ise yaptıkları iyi bir iş karşılığında takdir edilmeme ve evrak işlerindeki artıştır. Ayrıca gece nöbetlerinden ve 24 saat hizmet verme sorumluluğu en az memnun edici durumlar olarak bulunmuştur (85). Finlandiya’da yapılan reformlar sonrası ise sağlık çalışanlarının iş yüklerinin arttığı, çelişkili görevlendirmelerde artış olduğu, işlerin yetiştirilmesi için gereken zamanın azaldığı ve çalışanların karar vermede katılımlarının düştüğü saptanmıştır (88).

Türkiye’de 2008 yılında yapılan bir çalışmada ASM hekimlerinin %89,5’i, TSM hekimlerinin %4’ü aldığı ücretten memnundur. ASM ve TSM hekimlerinin iş doyumuna orta düzeyde olmakla birlikte ASM hekimlerinin iş doyumuna TSM hekimlerinden daha yüksek olarak bulunmuştur (89). İstanbul’da SDP’den sonra yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin iş doyumuna orta düzeyde ve asistan hekimlerle uzman hekimlere göre düşük bulunmuştur (96). Malatya’ da ve Eskişehir’ de yapılan çalışmalarda da pratisyen hekimlerin iş doyumları orta düzeyde bulunmuştur (73,89).

### **VIII. Yaşam Kalitesi (YK)**

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevreyle etkileşimi ile inançlarını da kapsamaktadır (91-93).

Bottomley' in aktardığına göre; Schumacher YK'ni bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik halinden sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir olarak tanımlamıştır (94).

Genel anlamıyla yaşam kalitesi; 'iyilik hali'nin bir derecesi' olarak tanımlanır. Bireyin YK sağlık durumunu ve öznel iyilik halini içeren çok geniş kapsamlı bir tanımlamadır ve zaman içinde değişim gösterebilir. Bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur. Kişinin çevresel desteği ve ekonomik durumuyla da yakından ilişkilidir (91-95).

DSÖ 1948'de sağlığı; sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsi bu tanımdan yararlanmışlardır. Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir (96).

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (96). 'Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi' bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (93).

Literatürde hekimlerin iş doyumuna ve yaşam kalitesine ilişkin araştırma yapılmış olmasına rağmen SDP'ndan sonra sağlık sistemindeki değişimin hekimlerin iş doyumuna ve yaşam kalitelerine olan etkilerinin

incelendiği çalışma sayısı çok az ve birlikte incelendiği çalışma ise yoktur. Sağlık sisteminde yaşanan değişimin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin iş doyumunu ve yaşam kalitelerini etkilemiş olması olasıdır.

Bu çalışmanın amacı; SDP ve beraberinde birinci basamak sağlık örgütlenmesindeki değişim sonrasında, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı olarak Bursa il merkezinde çalışan birinci basamak hekimlerinde iş doyumunu ve yaşam kalitesi düzeyleri ile bunları etkileyen etmenleri incelemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### I. Araştırmanın Evreni

Bu araştırma Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü (BHSM) ve bağlı kurumlarda yapılmıştır. 2 Kasım 2011 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren '663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname' ile Halk Sağlığı Müdürlükleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra yönetim teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri öngörülmüştür. Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü (BHSM) 19 Mart 2012 tarihinde kurulmuş olup bir müdür ve dört müdür yardımcısından oluşmaktadır. BHSM'ne bağlı birimlerin isimleri şu şekildedir (97);

1. Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü
2. Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü
3. Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Şube Müdürlüğü
4. Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şube Müdürlüğü
5. Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü
6. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi
7. Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürlüğü
8. Kanser Şube Müdürlüğü
9. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Programlar Şube Müdürlüğü
10. Ruh Sağlığı Programları ve Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddeler Şube Müdürlüğü
11. Çalışan Sağlığı Şube Müdürlüğü
12. Halk Sağlığı Laboratuvarı
13. İdari ve Mali İşler Şube Müdürlüğü
14. Sivil Savunma Birimi
15. İnsan Kaynakları Şube Müdürlüğü
16. İstatistik ve Bilgi İşlem Şube Müdürlüğü



Araştırma; BHSM'ne bağlı merkez üç ilçenin; Osmangazi, Yıldırım ve Nilüfer Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve BHSM' ne bağlı diğer birimlerde çalışan hekimlerde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini BHSM'ne bağlı kurumlarda çalışan hekimlerin tamamı oluşturmaktadır. Aşağıda TSM'ler ve bağlı birimlerin isimleri bulunmaktadır.

**Osmangazi TSM'ye bağlı birimler;**

- 54 tane ASM
- Merkez VSD
- Halk Sağlığı Laboratuvarı
- Hemoglobinopati Merkezi
- 1 ve 2 nolu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri,
- Gençlik Danışma ve Sağlık Eğitim Merkezi

**Yıldırım TSM'ye bağlı birimler;**

- 36 tane ASM
- Yıldırım VSD

**Nilüfer TSM'ye bağlı birimler;**

- 27 tane ASM
- Nilüfer VSD

Kesitsel nitelikte olan bu araştırmanın evrenini 574 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiştir ve Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan isim listesindeki tüm hekimlere ulaşılması hedeflenmiştir.

## **II. Araştırmada Kullanılan Değişkenler**

### **A. Bağımlı Değişkenler:**

#### **A. I. İş Doymu:**

Bilinen kuramlar sonucu iş doymuyla ilgili yapılan araştırmalar sonucunda bir takım ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler; çalışanlar, yöneticiler ve örgüt açısından iş doymunu anlamak ve onu arttırmaya yönelik davranışlar geliştirmek açısından faydalı olacaktır. Birçok iş doymu ölçeği

bulunmakta olup bunlardan en çok kullanılanlardan bir tanesi geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan “Minnesota İş Doyum Ölçeği” (MİDÖ)’ dir.

MİDÖ, çalışanların iş doyumlarını ölçmek için en fazla tercih edilen ölçeklerden biridir. İlk olarak 1967 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe versiyonu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1985 yılında Baycan tarafından yapılmış ve günümüze kadarki zamanda da bir çok araştırmacı tarafından kullanılmıştır (98,99).

MİDÖ, 1–5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Her sorunun cevabı için “Hiç memnun değilim 1 puan, memnun değilim 2 puan, kararsızım 3 puan, memnunum 4 puan, çok memnunum 5 puan” olarak değerlendirilir. MİDÖ içsel (kişisel faktörlere bağlı iş doyum), dışsal (çevresel faktörlere bağlı iş doyum) ve genel iş doyum düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 sorudan oluşur. Dışsal doyum; kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. İçsel doyum ise başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerden oluşmaktadır. İçsel iş doyum ile ilgili parametreler 1–4, 7–11, 15–16 ve 20. sorularda, dışsal iş doyum ile ilgili parametreler 5–6, 12–14 ve 17–19. sorularda, genel iş doyum ile ilgili parametreler ise 1–20. sorularda bulunmaktadır.

Genel iş doyum puanı; 20 parametreden elde edilen toplam puanların 20’ye bölünmesi ile, içsel doyum puanı; içsel faktörleri oluşturan parametrelerden elde edilen puanların 12’ye bölünmesi ile ve dışsal doyum puanı ise; dışsal faktörleri oluşturan parametrelerden elde edilen puanların 8’e bölünmesi ile elde edilmektedir. Tüm puan ortalamaları 1,0 ile 5,0 arasında bir değer olarak hesaplanmaktadır. Yüzdeler olarak; %25 ve altı düşük iş doyumunu, %26–74 arası orta iş doyumunu, %75 ve üzeri ise yüksek iş doyumunu ifade eder. (Örnek Ek-1’de verilmiştir).

**A II. Yaşam Kalitesi:** Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi kısa formu WHOQOL-8 (EUROSİS) kullanılmıştır.

WHOQOL; DSÖ tarafından geliştirilen kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir ölçektir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF ve en son olarak da WHOQOL-8 oluşturulmuştur. Dünya’da ve Türkiye’de WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF sıklıkla kullanılmasına rağmen WHOQOL-8 ile ilgili çalışmalar sınırlıdır.

WHOQOL ölçekleri çok merkezli bir çalışmada eş zamanlı olarak geliştirilmiş ölçeklerdir. Öncelikle WHOQOL-100 ve 26 sorudan oluşan kısa form WHOQOL-BREF geliştirilmiştir. Dünya’da 50’den fazla dil ve kültür için geçerli ve uygulanabilir olan DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (WHOQOL) üretilmiş olan en kısa genel amaçlı SYK ölçeği EUROHIS (WHOQOL- 8)’dir. 1988 yılında başlamış olan EUROHIS projesi, sahada kullanılmaya uygun olarak geliştirilmiş bir yaşam kalitesi anketidir.

WHOQOL-8, WHOQOL’den belirli bir metodolojiye dayanarak seçilmiş olan 8 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan iki tanesi WHOQOL’ün genel sağlık ve genel yaşam kalitesi soruları, geri kalan 6 soru da bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutlardan alınan sorulardır. Yanıt seçenekleri 5’li Likert tipindedir. Yanıt seçeneklerinin uç sözcükleri “hiç” ve “tamamen”dir. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100’e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Ölçekte puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi algısı, ikinci sorusu ise genel sağlık algısı sorularıdır. Diğer altı soru: enerji (s3), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak (s4), kendinden hoşnut olmak (s5), diğer kişilerle olan ilişkiden hoşnut olmak (s6), para (s7) ve yaşanılan evin koşulları (s8) ile ilgili sorulardır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa 0,7 den büyük olarak hesaplanmıştır (100-104).

Ölçek puanı hesaplanırken bir ve ikinci sorulara yanıt verilmiş olmasına ve toplamda 8 sorunun 7'sine yanıt verilmiş olmasına dikkat edildi. Ölçek puanlamasında 5 ile 40 arasında dağılan toplam ölçek puanı kullanılmıştır (Örnek Ek-1'de verilmiştir).

## **B. Bağımsız Değişkenler**

### **B.I. Demografik Değişkenler**

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Medeni durum,

### **B.II. Çalışma Yaşamı Değişkenleri**

- Çalışmakta olduğu kurum,
- Yönetmel görevi olup olmadığı,
- Uzman olup olmadığı,
- Hekimlik mesleğindeki toplam çalışma süresi,
- Şu anda çalışmakta olduğu kurumdaki çalışma süresi,
- Haftalık çalışma süresi.

### **B. III. Algılanan İş Yükü**

İş yükü; çalışma hızı ve iş yoğunluğu göz önüne alınarak 5'li Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. 'Çok ağır' ile 'ağır' seçeneğini işaretleyenler 'ağır'; 'orta', 'hafif' ve 'çok hafif' seçeneğini işaretleyenler ise 'hafif' olarak gruplandırılmıştır.

### **B. IV. Diğer Değişkenler**

- Aileye yeterli zaman ayırıp ayıramadığı,
- Aldığı ücretten tatmin olup olmadığı,
- Bir daha meslek seçecek olsa doktor olup olmak istemediği,
- Mesleğini stresli bulup bulmadığı,
- Son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından sözel/ fiziksel şiddete uğrayıp uğramadığı,
- Çalıştığı kurumda çalışma arkadaşları veya yöneticileri tarafından sözel/ fiziksel/ ekonomik şiddete uğrayıp uğramadığı,

- Hekimlik mesleği saygınlığının son on yıl içerisindeki değişimi ile ilgili düşüncesi 'daha iyiye gitti', 'aynı kaldı', 'daha kötüye gitti' ve 'fikrim yok' seçenekleriyle sorgulanmıştır. 'Fikrim yok' seçeneğini işaretleyenler analiz dışında bırakılmıştır.
- Şu anda çalışmakta olduğu kurumdan memnuniyet durumu; 'Çok memnunum'dan 'hiç memnun değilim'e 5'li Likert ölçeği kullanılarak sorulmuştur. Analizde 'çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'memnun'; 'ne memnun ne memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'hiç memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler ise 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.
- Geleceğe yönelik plan; 'Aynı yerde çalışmaya devam etmek', 'farklı yerde çalışmak istemek', 'emekli olmak', 'meslek değiştirmek' ve açık uçlu olarak 'diğer' seçeneğiyle sorulmuştur. Analizde 'meslek değiştirmek' seçeneğini işaretleyenler bir grup, diğer seçenekleri işaretleyenler ise 'başka bir şey' olarak gruplandırılmıştır
- İzin kullanımı; bir hafta, iki hafta, üç ve daha fazla şeklinde sorulmuştur. Bir ve iki hafta izin kullananlardan neden üç haftadan daha az izin kullandıklarına dair açık uçlu olarak açıklama istenmiştir. Şıklar, 'üç haftadan az' ve 'üç hafta ve daha fazla' şeklinde gruplandırılmıştır.

### III. Uygulama

Araştırma, başlangıçta 'Bursa İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeyi İle Etkileyen Etmenler' başlığı ile ve Bursa il merkezinde çalışan tüm hekimleri kapsayacak biçimde planlanmıştır. Bu kapsam ile araştırma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan 16.07.2013 tarih ve 13/25 nolu karar ile izin alınmıştır. Ancak; Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ve Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği'nden tezin yapılması için gerekli izin alınamamış; izin yalnızca İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınabilmiştir. Bu nedenle çalışma 'Bursa İl Halk Sağlığı

Müdürlüğüne Bağlı Kurumlarda Çalışan Hekimlerde İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeyi İle Etkileyen Etmenler' olarak değiştirilmek zorunda kalmıştır. Çalışmanın yeni kapsam ve içeriği için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan 30.09.2013 tarih ve 716/14 nolu karar ile onay alınmıştır.

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan hekim listesine göre hekimlerin çalıştıkları yerlere gidilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere anket formları dağıtılmıştır. Anket formlarının yanıtlanması beklenip formlar geri toplanmış; o anda yanıtlayamayan ve yıllık izin yada herhangi bir nedenle yerinde bulunmayan hekimlere ise daha sonra iki kez daha gidilerek formlar verilmiş ve toplanmıştır. İsim listesinde yer alan ve üç kere gidildiği halde bulunmayan hekimler çalışma dışında bırakılmıştır.

#### **IV. Veri Analizi:**

İstatistiksel analizlerde SPSS 22.00 paket programı kullanılmıştır. Analizlerde çapraz tablolar oluşturularak ki kare testi kullanılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği ve WHOQOL-8 Yaşam Kalitesi ölçeğinin puan ortalamaları ve %95 güven aralıkları (%95 G.A) hesaplanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında student t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için 'Bonferroni çözümü' yapılmıştır. İş doyumu ve yaşam kalitesi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi tanımlamak için de standart (enter) yöntemi kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

## BULGULAR

### Demografik Özellikler

Çalışmaya 529 kişi (%92,16) katılmıştır. Hekimlerin yaş ortalamaları 45,39 yıldır (%95 G.A: 44,86- 45,90). Katılımcılar arasında en küçük yaş 26, en büyük yaş ise 67'dir. Katılımcıların %43,29'u (229 kişi) kadın ve %56,71'i (300 kişi) erkektir. Kadınların yaş ortalaması 43,57 (%95 G.A: 42,86 - 44,27) yılı; erkeklerinki 46,78 (%95 G.A: 44,15 - 47,39) yıldır. Kadınların yaş ortalaması erkeklerden anlamlı olarak daha küçüktür (t=6,72; p<0,001). Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmaktadır.

**Tablo-1:** Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyete göre demografik özellikleri (%)

Değişkenler		Cinsiyet				
		Kadın(*)	Erkek(*)	Toplam (*)	$\chi^2$	p
Yaş	< 40	42 (18,34)	23 (7,67)	65 (12,29)	27,95	<0,001
	40-49	165 (72,05)	204(68,00)	369 (69,75)		
	≥ 50	22 (9,61)	73 (24,33)	95 (17,96)		
Medeni Durum	Evli	182 (79,48)	274(91.33)	456 (86,20)	15,47***	0,001
	Bekar	23 (10,04)	14 (4,67)	37 (6,99)		
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	21 (9,17)	10 (3,33)	31 (5,86)		
	Eşi Ölmüş	3 (1,31)	2 (0,67)	5 (0,95)		
Toplam(**)		229 (43,29)	300(56,71)	529(100,0)		

\* : Sütun yüzdesi

\*\* : Satır yüzdesi

\*\*\*: Fisher'in kesin testi kullanılmıştır

## İşle ilgili Bulgular

Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin %86,20'si (456 kişi) ASM'de, %8,13'ü TSM'de (43 kişi) ve %5,67'si (30 kişi) HSM'de çalışmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin %69,75'i (369 kişi) 40-49 yaş aralığında, %17,96'sı (95 kişi) 50 yaşın üzerinde ve %12,29'u (65 kişi) 40 yaşın altındadır. Hekimlerin yaş gruplarına göre çalıştıkları kurumlar Tablo 2'de sunulmaktadır.

**Tablo- 2:** Hekimlerin yaş gruplarına göre çalıştıkları kurumlar (%)

Yaş Grubu	Kurum					$\chi^2$	P
	ASM	TSM	HSM	Toplam			
< 40	44 (9,65)	13 (30,23)	8 (26,67)	65 (12,29)	22,28	<0,001	
40-49	330 (72,37)	23 (53,49)	16 (53,33)	369 (69,75)			
≥ 50	82 (17,98)	7 (16,28)	6 (20,00)	95 (17,96)			
Toplam	456 (100,0)	43 (100,0)	30 (100,0)	529 (100,0)			

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü

Bursa merkezde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimler arasında yaş grupları açısından anlamlı fark vardır ( $\chi^2=22,28$ ,  $p<0,001$ ).

ASM'de çalışan hekimlerin %39,25'i (179 kişi) kadinken; TSM 'de çalışanların %79,07'si (34 kişi) ve HSM' de çalışanların %53,33'ü (16 kişi) kadındır ( $\chi^2=26,68$ ;  $p<0,001$ ). Hekimlerin cinsiyete göre çalıştıkları kurumlar Tablo 3'de sunulmaktadır.

**Tablo-3:** Hekimlerin cinsiyete göre çalıştıkları kurumlar (%)

Cinsiyet	Kurum					$\chi^2$	p
	ASM	TSM	HSM	Toplam			
Kadın	179 (39,25)	34 (79,07)	16 (53,33)	229 (43,29)	26,68	<0,001	
Erkek	277 (60,75)	9 (20,93)	14 (46,67)	300 (56,71)			
Toplam	456 (100,0)	43 (100,0)	30 (100,0)	529 (100,0)			

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü



ASM, TSM ve HSM'de çalışan hekimler arasında cinsiyet açısından anlamlı fark vardır ( $\chi^2=26,68$   $p<0,001$ ).

Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin %29,30'unun (155 kişi) yönetsel görevi vardır ve kadınlarla erkekler arasında yönetsel görev açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=3,08$ ;  $p=0,079$ ).

Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin %5,86'sının (31 kişi) uzmanlık alanı vardır. Kadınların %7,00'sinin (16 kişi) erkeklerin ise %5,0'inin (15 kişi) uzmanlık alanı vardır. TSM' de çalışan hekimlerin %27,91'i (12 kişi) uzmandan ASM'de çalışan hekimlerin %3,51'i (16 kişi) ve HSM'de çalışan hekimlerin de %10,00'ı (3 kişi) uzmandır. Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre uzmanlık durumları Tablo 4'de sunulmaktadır.

**Tablo- 4:** Uzmanlığa göre çalışılan kurumlar (%)

Kurumlar	Uzmanlık			$\chi^2$	p
	Uzmanlığı Var	Uzmanlığı Yok	Toplam		
ASM	16 (3,51)	440 (96,49)	456(100,0)	43,39	<0,001
TSM	12 (27,91)	31 (72,09)	43 (100,0)		
HSM	3 (10,00)	27 (90,00)	30 (100,0)		
Toplam	31 (5,86)	498 (94,14)	529(100,0)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü

Uzmanlık açısından ASM, TSM ve HSM'de çalışan hekimler arasında anlamlı farklılık vardır ( $\chi^2=43,39$ ,  $p<0,001$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin meslekteki çalışma sürelerinin ortalaması 244,40 aydır (%95 G.A: 238,66- 250,13). Erkeklerin meslekteki ortalama çalışma süreleri; 256,17 ay (%95 G.A: 249,25-263,76); kadınlarınki 228,97 aydır (%95 G.A: 219,15-237,56). Erkeklerin meslekteki ortalama çalışma süreleri kadınlara göre anlamlı olarak daha uzundur ( $t=4,71$   $p<0,001$ ).

Birinci basamakta çalışan hekimler şu an çalışmakta oldukları kurumda ortalama 43,78 aydır (%95 G.A: 42,06- 45,30) çalışmaktadır. Bu süre erkekler için 48,31 ay (%95 G.A: 46,40- 50,18); kadınlar içinse 37,83

aydır (%95 G.A: 35,31-40,46). Erkeklerin çalışmakta oldukları kurumdaki ortalama çalışma süreleri kadınlara göre anlamlı olarak daha uzundur ( $t=6,37$   $p<0,001$ ).

Birinci basamakta çalışan hekimlerin haftalık ortalama çalışma süresi 41,09 saattir (%95 G.A: 40.89- 41.32). Erkekler haftada 41,46 saat (%95 G.A: 41,13- 41,79); kadınlar ise 40,61 saat (%95 G.A: 40,39- 40,87) çalıştığını belirtmiştir. Erkekler kadınlara göre anlamlı olarak haftada daha uzun süre çalıştıklarını belirtmektedir ( $t=4,16$ ;  $p<0,001$ ). Hekimlerin meslekteki toplam çalışma süresi, şu anki kurumda ki çalışma süresi ve haftalık çalışma sürelerinin kurumlara ve cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 5'de sunulmaktadır.

**Tablo- 5:** Hekimlerin kurumlardaki ortalama çalışma sürelerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Çalışma Süresi	Kurumlar				
	ASM Süre (%95 G.A)	TSM Süre (%95 G.A)	HSM Süre (%95 G.A)	F	p
Meslekteki Toplam Süre (ay)	249,10 (243,56-254,63)	211,40 (180,86-241,93)	220,23 (185,98-254,49)	8,50	<0,001
Kadın	235,60 (226,43-244,77)	212,44 (181,92-242,96)	189,88 (142,11-237,64)	4,43	0,013
Erkek	257,82 (251,05-264,58)	207,44 (98,43-316,46)	254,93 (206,36-303,49)	2,84	0,060
Kurumdaki süresi (ay)	46,65 (45,17-48,13)	24,42 (17,48-31,36)	27,83 (16,80-38,87)	44,01	<0,001
Kadın	41,79 (39,21-44,37)	24,09 (16,12-32,06)	22,75 (11,77-33,74)	18,62	<0,001
Erkek	49,79 (48,10-51,48)	25,67 (8,24-43,09)	33,64 (12,13-55,16)	15,59	<0,001
Haftalık çalışma süresi (saat)	41,13 (40,91-41,34)	40,12 (39,88-40,35)	41,93 (40,05-43,82)	5,10	0,006
Kadın	40,69 (40,40-40,99)	40,18 (39,88-40,47)	40,63 (39,72-41,54)	1,24	0,291
Erkek	41,41 (41,11-41,70)	40,00 (40,00-40,00)	43,43 (39,38-47,49)	4,70	0,010

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM: Toplum Sağlığı Merkezi; HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü

ASM, TSM ve HSM hekimlerinin meslekteki ortalama çalışma süre ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ( $F=8,50$ ;  $p<0,001$ ). Bu fark, ASM ve TSM hekimlerinden kaynaklanmakta olup ASM hekimlerinin meslekteki toplam çalışma süreleri TSM hekimlerinden anlamlı olarak daha uzundur.

ASM, TSM ve HSM hekimlerinin şu anda çalışmakta oldukları kurumdaki çalışma süre ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ( $F=44,01$ ;  $P<0,001$ ). Bu farklılık her üç kurum arasından kaynaklanmakta olup, ASM'de çalışan hekimlerin ortalama çalışma süresi anlamlı olarak TSM ve HSM'de çalışan hekimlerden daha uzundur.

Haftada çalıştıkları ortalama süre açısından ASM, TSM ve HSM'de çalışan hekimler arasında anlamlı fark vardır ( $F= 5,10$ ;  $p=0,006$ ). Bu farklılık ASM ile TSM arasında çalışan hekimler ile TSM ve HSM arasında çalışan hekimler arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

ASM' de çalışan erkek hekimlerin, meslekteki ortalama çalışma süresi ( $t=- 3,91$ ;  $<0,001$ ) ve şu an çalışmakta oldukları kurumdaki süresi ( $t=- 5,12$  ;  $<0,001$ ) anlamlı olarak kadın hekimlerden daha uzundur. Ayrıca ASM'de çalışan erkek hekimler kadın hekimlere göre haftada ortalama çalışma süresi olarak daha fazla çalıştıklarını belirtmektedir ( $t=- 3,39$ ;  $p=0,001$ ).

TSM'de çalışan kadın hekimlerle erkek hekimler arasında meslekteki ortalama çalışma süresi ( $t=0,10$ ;  $p=0,613$ ), şu an çalışmakta oldukları kurumdaki çalışma süresi ( $t=-0,19$ ;  $p=0,854$ ) ve haftada ortalama çalışma süresi ( $t=0,51$ ;  $p=0,613$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

HSM'de çalışan kadın hekimlerle erkek hekimler arasında meslekteki ortalama çalışma süresi ( $t=-2,04$ ;  $p=0,166$ ), şu an çalışmakta oldukları kurumdaki çalışma süresi ( $t=-1,01$ ;  $p=0,322$ ) ve haftada çalıştıkları ortalama süre ( $t=-1,46$ ;  $p=0,166$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Hekimlerin %63,52'si 20 yıl ve daha uzun süredir, %32,51'i 10-19 yıldır ve %3,97'si de 10 yıldan daha az süredir hekimlik yapmaktadır. Çalışılan kuruma göre meslek sürelerinin gruplandırılması Tablo 6'da sunulmaktadır.

**Tablo- 6:** Kurumlara göre çalışma sürelerinin karşılaştırılması (%)

Çalışma süresi		Kurumlar			$\chi^2$	p
		ASM	TSM- HSM	Toplam		
Meslekteki Toplam Süre	<10 yıl	10 (2,19)	11 (15,06)	21 (3,97)	16,89*	<0,001
	10-19 yıl	146 (32,02)	26 (35,62)	172 (32,51)		
	≥20 yıl	300 (65,79)	36 (49,32)	336 (63,52)		
Şu an Çalıştığı Kurumda ki Süre	<1 yıl	21 (4,60)	24 (32,88)	45 (8,51)	107,47*	<0,001
	1-4 yıl	78 (17,11)	32 (43,84)	110 (20,79)		
	≥5 yıl	357 (78,29)	17 (23,28)	374 (70,70)		
Haftalık Çalışma Süresi	≤40 saat	351 (77,00)	66 (90,41)	417 (78,83)	10,12**	0,006
	40 + saat	105 (23,00)	7 (9,59)	112 (21,17)		
Toplam**		456 (100,0)	73 (100,0)	529 (100,0)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü

\* : Eğitim ki kare değeri verilmiştir.

\*\* : Pearson ki kare değeri verilmiştir.

ASM 'de çalışan hekimlerin %65,79'u (300 kişi) 20 yıldan uzun süredir hekimlik mesleğini yapmakta iken TSM/HSM 'de çalışan hekimlerin %49,32'si 20 yıldan uzun süredir hekimlik mesleğini yapmaktadır. ASM ve TSM/HSM'de çalışan hekimler arasında meslekteki toplam çalışma süresi açısından anlamlı fark vardır ( $\chi^2=16,89$ ;  $p<0,001$ ).

ASM'de çalışan hekimlerin %78,29'u (357 kişi) şu anda çalışmakta olduğu kurumda 5 yıldan uzun süredir çalışmakta iken TSM/HSM 'de bu oran %23,28'dir. ASM ve TSM/HSM'de çalışan hekimler arasında şu an çalışılmakta olan kurumdaki çalışma süresi açısından anlamlı fark vardır ( $\chi^2=107,47$ ;  $p<0,001$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin %21,17'si (112 kişi) haftada 40 saatten daha fazla çalıştığını belirtmiştir. ASM 'de çalışan hekimler TSM/HSM'de

çalışan hekimlere göre anlamlı olarak haftada 40 saatten daha fazla çalıştığını belirtmiştir ( $\chi^2=10,12$ ;  $p=0,006$ ).

OASM'de çalışan hekimlerin meslekteki ortalama çalışma süresi; 261,35 ay, YASM'de çalışan hekimlerin 226,46 ay ve NASM'de çalışan hekimlerin ise 259,99 aydır. Her üç ASM'de çalışan hekimlerin ortalama çalışma süreleri Tablo 7'de sunulmaktadır.

**Tablo- 7:** ASM'de çalışan hekimlerin ortalama çalışma süreleri

Çalışma Süresi	ASM			F	p
	OASM Süre (%95 G.A)	YASM Süre (%95 G.A)	NASM Süre (%95 G.A)		
Toplam çalışma süresi (ay)	261,35 (253,50-269,21)	226,46 (218,53-234,40)	259,99 (244,91-275,07)	18,27	<0,001
Şu an çalıştığı kurumdaki süresi (ay)	47,16 (45,00-49,31)	46,78 (44,35-49,22)	45,05 (41,25-48,85)	0,52	0,596
Haftalık çalışma süresi (saat)	41,30 (40,98-41,62)	41,07 (40,69-41,46)	40,78 (40,38-41,18)	1,55	0,213

OASM: Osmangazi ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

YASM: Yıldırım ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

NASM: Nilüfer ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

OASM'de çalışan hekimlerin meslekteki toplam çalışma sürelerinin ortalaması YASM ve NASM'deki hekimlerden anlamlı olarak daha fazladır ve bu fark OASM ile YASM ve YASM ile NASM'de çalışan hekimler arasında ki farktan kaynaklanmaktadır ( $F=18,27$ ;  $p<0,001$ ).

Şu an çalışmakta oldukları kurumdaki ortalama çalışma süreleri ( $F=0,52$ ;  $p=0,596$ ) ve haftalık çalışma sürelerinin ortalaması ( $F=1,55$ ;  $p=0,213$ ) açısından ASM'lerde çalışan hekimler arasında anlamlı farklılık yoktur.

OASM'de çalışan hekimlerin %76,04'ü (165 kişi), NASM'de çalışan hekimlerin %75,61'i (62 kişi) ve YASM'de çalışan hekimlerin ise %46,50'si 20

yıldan daha uzun süredir hekimlik yapmaktadır. ASM'de çalışan hekimlerin çalışma sürelerine göre gruplandırılması Tablo 8'de sunulmaktadır.

**Tablo- 8:** ASM'de çalışan hekimlerin ortalama çalışma süreleri(%)

Çalışma Süresi		ASM				$\chi^2$	p
		OASM	YASM	NASM	Toplam		
Meslekteki Toplam Süre	<10 yıl	5 (2,30)	3 (1,91)	2 (2,44)	10 (2,19)	41,24*	<0,001
	10-19 yıl	47 (21,66)	81 (51,59)	18 (21,95)	146 (32,02)		
	≥20 yıl	165 (76,04)	73 (46,50)	62 (75,61)	300 (65,79)		
Şu An çalıştığı Kurumdaki Süre	<1 yıl	9 (4,15)	7 (4,46)	5 (6,10)	217 (47,59)	0,031**	0,859
	1-4 yıl	40 (18,43)	24 (15,29)	14 (17,07)	157 (34,43)		
	≥5 yıl	168 (77,42)	126 (80,25)	63 (76,83)	82 (17,98)		
Haftalık Çalışma Süresi	≤40 saat	160 (73,73)	122 (77,71)	69 (84,15)	351 (76,97)	3,71***	0,156
	40+ saat	57 (26,27)	35 (22,29)	13 (15,85)	105 (23,03)		
Toplam		217 (100,0)	157 (100,0)	82 (100,0)	456 (100,0)		

OASM: Osmangazi ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

YASM: Yıldırım ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

NASM: Nilüfer ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

\* : Fisher'in kesin test değeri verilmiştir

\*\* :Eğim ki kare değeri verilmiştir.

\*\*\*:Pearson ki kare değeri verilmiştir.

OASM, YASM ve NASM'de çalışan hekimler arasında toplam çalışma süresi açısından anlamlı fark vardır( $\chi^2=41,24$ ;  $p<0,001$ ). Ama şu anda çalışmakta olduğu kurumdaki çalışma süresi ( $\chi^2=0,031$ ;  $p=0,859$ ) ve haftalık çalışma süresi açısından ( $\chi^2=3,71$ ;  $p=0,156$ ) anlamlı fark yoktur.

OTSM, YTSM, NTSM ve HSM'ler arasında meslekteki ortalama çalışma süresi, şu an çalışılmakta olan kurumdaki çalışma süresi ve haftalık çalışma sürelerinin ayrıntıları Tablo 9'da sunulmaktadır.

**Tablo- 9: TSM ve HSM'de çalışan hekimlerin ortalama çalışma süreleri**

Çalışma Süresi	TSM ve HSM				F	p
	OTSM Süre (%95 G.A)	YTSM Süre (%95 G.A)	NTSM Süre (%95 G.A)	HSM Süre (%95 G.A)		
Meslekteki Toplam süre (ay)	199,92 (161,86-237,98)	193,64 (123,08-264,20)	280,29 (188,39-372,18)	220,23 (192,71-237,35)	1,54	0,212
Şu an çalıştığı kurumdaki süre (ay)	25,92 (15,47-36,37)	25,91 (10,97-40,85)	16,71 (7,99-25,44)	27,83 (16,80-38,87)	0,35	0,789
Haftalık çalışma süresi (saat)	40,20 (39,79-40,61)	40,00 (40,00-40,00)	40,00 (40,00-40,00)	41,93 (40,05-43,82)	1,77	0,162

*OTSM: Osmangazi ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri;*

*YTSM: Yıldırım ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri*

*NTSM: Nilüfer ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri*

*HSM : Halk sağlığı müdürlüğü*

OTSM, YTSM, NTSM ve HSM arasında ortalama toplam çalışma süresi, (F=1,54; p=0,212), şu an çalışılmakta olduğu kurumdaki ortalama çalışma süresi (F=0,35; p=0,789) ve ortalama haftalık çalışma süreleri (F=1,77; p=0,162) açısından anlamlı fark yoktur.

NTSM'de çalışan hekimlerin %85,71'i (6 kişi), HSM'de çalışan hekimlerin %53,34'ü (16 kişi), OTSM'de çalışan hekimlerin %40,00'ı (10 kişi) ve YTSM'de çalışan hekimlerin ise hekimlerin %36,44'ü (4 kişi ) 20 yıl ve daha uzun süredir hekimlik yapmaktadır. HSM' de çalışan hekimlerin %20,00'ı (6 kişi) ve OTSM'de çalışan hekimlerin %4,00'ı (1 kişi) haftada 40 saatten fazla çalışmakta iken YTSM ve NTSM'de 40 saatten fazla çalışan

hekim yoktur. OTSM, YTSM, NTSM ve HSM'de çalışan hekimlerin çalışma sürelerine göre gruplandırılması Tablo 10'da sunulmaktadır.

**Tablo- 10:** OTSM, YTSM, NTSM ve HSM' de çalışan hekimlerin ortalama çalışma süreleri (%)

Çalışma Süresi		TSM ve HSM					$\chi^2$	p
		OTSM	YTSM	NTSM	HSM	Toplam		
Toplam çalışma süresi	<10 yıl	4(16,00)	3 (27,28)	0 (0,00)	4 (13,33)	11 (15,06)	5,65*	0,454
	10-19 yıl	11(44,00)	4 (36,36)	1 (14,29)	10 (33,33)	26 (35,62)		
	≥20 yıl	10(40,00)	4 (36,36)	6 (85,71)	16 (53,34)	36 (49,32)		
Şu an çalıştığı kurumda ki süresi	<1 yıl	11(44,00)	4 (36,36)	2 (28,57)	7 (23,33)	24 (32,88)	7,08*	0,304
	1-4 yıl	7(28,00)	4 (36,36)	5 (71,43)	16 (53,34)	32 (43,84)		
	≥5 yıl	7(28,00)	3 (27,28)	0 (0,00)	7 (23,23)	17 (23,28)		
Haftalık çalışma süresi	≤40 saat	24(96,00)	11 (100,00)	7 (100,00)	24 (80,00)	66 (90,41)	4,55*	0,153
	40 + saat	1( 4,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (20,00)	7 (9,59)		
Toplam		25 (100,0)	11 (100,0)	7 (100,0)	30 (100,0)	73 (100,0)		

OTSM:Osmangazi ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri;

YTSM: Yıldırım ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri

NTSM: Nilüfer ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri

HSM : Halk Sağlığı Müdürlüğü

\* : Fisher'in kesin test değeri verilmiştir

OTSM, YTSM, NTSM ve HSM arasında ortalama toplam çalışma süresi, ( $\chi^2=5,65$ ;  $p=0,454$ ), şu an çalışılmakta olduğu kurumdaki ortalama çalışma süresi ( $\chi^2=7,08$ ;  $p=0,304$ ) ve haftalık ortalama çalışma süresi ( $\chi^2=4,55$ ;  $p=0,153$ ) açısından anlamlı fark yoktur.

Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin %58,22'si (308 kişi) çalışma hızını ve iş yoğunluğunu göz önüne alarak iş yükünü ağır, %39,13'ü (207 kişi) orta ve 2,65'i (14 kişi) olarak tanımlamaktadır.



Çalışmaya katılan kadınların %58,07'si (133 kişi), erkeklerinde %58,33' ü (175 kişi) iş yükünü ortadan ağır olarak tanımlamaktadır ve aralarında anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=0,003$ ;  $p=0,953$ ). Hekimlerin iş yükü algıları ve ilgili etmenler Tablo 11'de sunulmaktadır.

**Tablo- 11:** Hekimlerin iş yükü algıları ve ilgili etmenler (%)

İş Yükünü Etkileyen Etmenler		İş Yükü Algısı			$\chi^2$	p
		Hafif	Ortadan Ağır	Toplam		
Yaş	< 40	42 (64,62)	23 (35,38)	65 (100,0)	19,67	<0,001
	40-49	134 (36,31)	235 (63,69)	369 (100,0)		
	≥ 50	45 (47,37)	50 (52,63)	95(100,0)		
Çalışmakta Olduğu Kurum	ASM	167 (36,62)	289 (63,38)	456 (100,0)	36,09	<0,001
	TSM HSM	54 (73,97)	19 (26,03)	73 (100,0)		
Meslekteki Toplam Süre	< 10 Yıl	18 (85,71)	3 (14,29)	21 (100,0)	14,66*	<0,001
	10-19 Yıl	78 (45,35)	94 (54,65)	172 (100,0)		
	≥ 20 Yıl	125 (37,20)	211 (62,80)	336 (100,0)		
Şu an Çalışmakta Olduğu Kurumdaki Süre	< 1 Yıl	36 (80,00)	9 (20,00)	45 (100,0)	37,81*	<0,001
	1-4 Yıl	56 (50,91)	54 (49,09)	110 (100,0)		
	≥ 5 Yıl	129 (34,49)	245 (65,51)	374 (100,0)		
Haftalık Çalışma Süresi	≤40 saat	190 (45,56)	227 (54,44)	417 (100,0)	11,61	0,001
	40 + saat	31 (27,68)	81 (72,32)	112 (100,0)		
Aileye Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Evet	147 (62,29)	89 (37,71)	236 (100,0)	73,70	<0,001
	Hayır	74 (25,26)	219 (74,74)	293 (100,0)		

Aldığı Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	125 (51,44)	118 (48,56)	243 (100,0)	17,26	<0,001
	Hayır	96 (33,57)	190 (66,43)	286 (100,0)		
Mesleği Stresli Bulma Algısı	Evet	194 (39,59)	296 (60,41)	490 (100,0)	13,05	<0,001
	Hayır	27 (69,23)	12 (30,77)	39 (100,0)		
Tekrar Doktor Olma İsteği	Evet	113 (46,89)	128 (53,11)	241(100,0)	4,75	0,029
	Hayır	108 (37,50)	180(62,50)	288(100,0)		
Hasta/Hasta Yakınından Şiddet Görme	Evet	84 (33,20)	169 (66,80)	253 (100,0)	14,66	<0,001
	Hayır	137 (49,64)	139 (50,36)	276(100,0)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet **	Memnun	144 (53,73)	124 (46,27)	268 (100,0)	31,91	<0,001
	Memnun Değil	77 (29,50)	184 (70,50)	261(100,0)		
Toplam		221 (41,18)	308 (58,22)	529 (100,0)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü

\* : Eğim ki kare değeri verilmiştir.

\*\* : 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerden 40-49 yaş aralığında olanların %63,69'u (235 kişi), 50 yaşın üzerinde olanların %52,63'ü (50 kişi) ve 40 yaşın altında olan hekimlerin de %35,38'i (23 kişi) iş yükünü ağır olarak tanımlamaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş grupları arasında iş yükü algısında anlamlı fark vardır ( $\chi^2= 19,69$ ;  $p<0,001$ ).

ASM'de çalışan hekimlerin %63,38'i (289 kişi); TSM/HSM'de çalışan hekimlerin ise %26,03'ü (19 kişi) iş yükünü ağır olarak tanımlamaktadır. ASM'de çalışan hekimler TSM /HSM' de çalışan hekimlere göre daha fazla oranda iş yükünü ağır olarak tanımlamaktadır ( $\chi^2=36,09$ ;  $p<0,001$ ). Ayrıca çalıştığı kurumdan memnun olan hekimler memnun olmayan hekimlere göre anlamlı olarak iş yükünü daha ağır olarak tanımlamaktadır ( $\chi^2=31,91$ ;

p<0,001).

Hekimlerin meslekteki toplam çalışma süreleri ( $\chi^2=14,66$ ; p<0,001) ve şu an çalışmakta oldukları kurumdaki çalışma süreleri ( $\chi^2= 37,81$ ; p<0,001) açısından iş yükü algılarında anlamlı fark vardır. Haftada 40 saatten fazla çalıştığı belirten hekimlerin 40 saat ve daha az çalıştığını belirten hekimlere göre anlamlı olarak iş yükünü daha ağır tanımlamaktadır ( $\chi^2= 11,61$ ; p=0,001).

Ailesine yeterli zaman ayıramayan hekimler yeterli zaman ayıran hekimlere göre ( $\chi^2=73,70$ ; p<0,001); aldığı ücretten tatmin olmayan hekimler olan hekimlere göre ( $\chi^2= 17,26$ ; p<0,001); mesleğini stresli bulan hekimler bulmayan hekimlere göre ( $\chi^2= 13,05$ ; p<0,001) ve son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayan hekimler uğramayan hekimlere göre ( $\chi^2=14,69$ ; p<0,001) anlamlı olarak iş yükünü daha ağır olarak tanımlamaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %92,60'ı (488 kişi) hekimlik mesleği saygınlığının son on yıl içinde daha kötüye gittiğini, %5,69'u aynı kaldığını (30 kişi), %1,71'i (9 kişi) daha iyiye gittiğini ve % 0,4'ü (2 kişi) ise bu konuda bir fikri olmadığını belirtmektedir. Hekimlerin; hekimlik mesleğinin son on yılda ki mesleki saygınlığının değişimi ile ilgili görüşleri Tablo 12'de sunulmaktadır.

**Tablo- 12:** Hekimlerin meslek saygınlığı algısı ve etkileyen etmenler (%)

Meslek Saygınlığını Etkileyen Etmenler		Hekimlik Mesleğinin Saygınlığı			$\chi^{2**}$	p**
		Daha İyiye Gitti/ Aynı Kaldı*	Daha kötüye Gitti	Toplam		
Cinsiyet	Kadın	9 (3,92)	220 (96,07)	229 (100,0)	6,25	0,012
	Erkek	30 (10,07)	268 (89,93)	298 (100,0)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet***	Memnun	33 (12,41)	233 (87,59)	266 (100,0)	18,19	<0,001
	Memnun Değil	6 (2,30)	255 (97,70)	261 (100,0)		
Aileye Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Evet	28 (11,97)	206 (88,03)	234 (100,0)	11,63	0,001
	Hayır	11 (3,75)	282 (96,25)	293 (100,0)		
Aldığı Ücret Tatmin Olma Durumu	Evet	31 (12,86)	210 (87,14)	241 (100,0)	17,90	<0,001
	Hayır	8 (2,80)	278 (97,20)	286 (100,0)		
Mesleği Stresli Bulma Algısı	Evet	31 (6,34)	458 (93,66)	489 (100,0)	9,10	0,003
	Hayır	8 (21,05)	30 (78,95)	38 (100,0)		
Hasta/Hasta Yakını Tarafından Şiddete Uğrama	Evet	10 (3,95)	243 (96,05)	253 (100,0)	7,50	0,006
	Hayır	29 (10,58)	245 (89,42)	274 (100,0)		
Tekrar Doktor Olma İsteği	Evet	26 (10,83)	214 (89,17)	240 (100,0)	6,69	0,010
	Hayır	13 (4,53)	274 (95,47)	287 (100,0)		
Toplam****		39 (1,71)	488 (92,60)	527 (100,00)		

\*: Gözlenen değerler arasında '0' olduğundan 'aynı kaldı' ve 'azaldı' cevabını verenler birleştirilmiştir.

\*\* : 'Yates Süreklilik Düzeltmesi' yapılmıştır.

\*\*\*: 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

\*\*\*\*: Fikrim yok yanıtını veren 2 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Kadınlar (%96,07) erkeklere (89,93) göre, anlamlı olarak daha fazla oranda hekimlik mesleğinin saygınlığının son on yıl içinde daha kötüye gittiğini belirtmektedir ( $\chi^2=18,91$ ;  $p<0,001$ ).

ASM'de çalışan hekimlerin %92,08'i (8 kişi), TSM/HSM'de çalışan hekimlerin ise %95,89'u (70 kişi) hekimlik mesleğinin son on yılda saygınlığının daha kötüye gittiğini düşünmektedir. Hekimlik mesleğinin son on yıldaki saygınlığının değişimiyle ilgili kurumlar arasında anlamlı farklılık yoktur.

( $\chi^2= 1,08$ ;  $p=0,667$ ). Çalışmakta olduğu kurumdan memnun olmayanlar (%97,70) memnun olanlara göre (%87,59) hekimliğin mesleki saygınlığının son on yıl içinde daha kötüye gittiğini belirtmektedir ( $\chi^2= 18,19$ ;  $p<0,001$ ).

Ayrıca mesleğini stresli bulanlar bulmayanlara göre ( $\chi^2=9,10$ ;  $p=0,003$ ), ailelerine yeterli zaman ayırmadığını düşünenler ayırdığını düşünenlere göre ( $\chi^2=11,63$ ;  $p=0,001$ ), aldığı ücretten tatmin olmayanlar olanlara göre ( $\chi^2=17,90$  ;  $p<0,001$ ), bir daha meslek seçecek olduklarında yine doktor olmak istemeyenler tekrar doktor olmak isteyenlere göre ( $\chi^2=6,69$ ;  $p=0,010$ ) ve hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayan hekimler uğramayan hekimlere göre ( $\chi^2=7,50$ ;  $p=0,006$ ) anlamlı düzeyde yüksek oranda hekimlik mesleğinin son on yıldaki saygınlığının daha kötüye gittiğini düşünmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %44,61'i (236 kişi) ailesine yeterli zaman ayırdığını, %55,39'u (293 kişi) ise yeterli zaman ayıramadığını belirtmektedir. Hekimlerin ailelerine yeterli zaman ayırma durumu ve ilişkili etmenler Tablo 13'de sunulmaktadır.

**Tablo- 13:** Hekimlerin ailelerine yeterli zaman ayırma durumu ve ilişkili bazı etmenler (%)

Değişkenler		Aileye Yeterli Zaman Ayırabilme Durumu			$\chi^2$	p
		Yeterli Zaman Ayıran	Yeterli Zaman Ayırmayan	Toplam		
Cinsiyet	Kadın	85 (37,12)	144 (62,88)	236 (44,61)	9,18	0,002
	Erkek	151 (50,33)	149 (49,67)	293 (55,39)		
Çalışılan Kurum	ASM	189 (41,44)	267 (58,56)	456 (100,0)	13,40	<0,001
	TSM-HSM	47 (64,38)	26 (35,62)	73 (100,00)		
İş yükü	Ağır	89 (28,90)	219 (71,10)	308 (100,0)	75,70	<0,001
	Hafi-Orta	147 (66,52)	74 (33,48)	221 (100,0)		
Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	143 (58,85)	100 (41,15)	243 (100,0)	36,86	<0,001
	Hayır	93 (32,52)	193 (67,48)	286 (100,0)		
Tekrar Doktor Olmak İsteği	Evet	130 (53,94)	111 (46,06)	241 (100,0)	15,59	<0,001
	Hayır	106 (36,81)	182 (63,19)	288 (100,0)		
Mesleği Stresli Bulma Algısı	Evet	211 (43,06)	279 (56,94)	490 (100,0)	6,47	0,011
	Hayır	25 (64,10)	14 (35,90)	39 (100,0)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet*	Memnun	142 (52,99)	126 (47,01)	268 (100,0)	15,41	<0,001
	Memnun Değil	94 (36,02)	167 (63,98)	261 (100,0)		
Toplam		236 (44,61)	293 (55,39)	529 (100,0)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 \*: 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

Erkekler kadınlara göre anlamlı olarak ailesine daha fazla yeterli zaman ayırdığını belirtmiştir ( $\chi^2= 9,18$ ;  $p=0,002$ ).

ASM'de (%41,44) çalışan hekimler TSM/HSM'de (%64,38) çalışan hekimlere göre ailelerine yeterli zaman ayıramadıklarını belirtmektedir ( $\chi^2=13,40$ ;  $p<0,001$ ). İş yükünü ağır olarak tanımlayan hekimler (%28,90) hafif/orta olarak belirten hekimlere (%66,52) göre ailelerine yeterli zaman ayıramadıklarını ayırmaktadır ( $\chi^2=75,70$ ;  $p<0,001$ ).

Ayrıca aldığı ücretten tatmin olan hekimler olmayan hekimlere göre ( $\chi^2=36,86$ ;  $p<0,001$ ), tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak isteyen hekimler olmak istemeyen hekimlere göre ( $\chi^2=15,59$ ;  $p<0,001$ ), mesleğini stresli bulmayan hekimler bulan hekimlere göre ( $\chi^2=6,47$ ;  $p=0,011$ ) ve çalıştığı kurumdan memnun olan hekimler olmayan hekimlere göre ( $\chi^2=15,41$ ;  $p<0,001$ ) ailelerine yeterli zaman ayıramadıklarını belirtmektedir.

Birinci basamakta çalışan hekimlerin %92,63'ü (490 kişi) hekimlik mesleğini stresli bulmaktadır. Kadınların %93,45'i (214 kişi) ve erkeklerin de %92,00'ı (276 kişi) mesleğini stresli bulmaktadır. Hekimlerin, hekimlik mesleğini stresli bulma algıları ve ilişkili etmenler Tablo 14'de sunulmaktadır.

**Tablo- 14:** Hekimlerin mesleklerini stresli bulma algısı (%)

Değişkenler		Hekimlik Mesleğini Stresli Bulma Algısı			$\chi^2$	p
		Stresli bulanlar	Stresli bulmayanlar	Toplam		
Cinsiyet	Kadın	214 (93,45)	15 (6,55)	490 (100,0)	0,40	0,527
	Erkek	276 (92,00)	24 (8,00)	39 (100,0)		
Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	218 (89,71)	25 (10,29)	243 (100,0)	5,60	0,018
	Hayır	272 (95,10)	14 (4,90)	286 (100,0)		
Tekrar Doktor Olma İsteği	Evet	214 (88,80)	27 (11,20)	241 (100,0)	9,51	0,002
	Hayır	276 (95,83)	12 (4,17)	288 (100,0)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet**	Memnun	238 (88,81)	30 (11,19)	268 (100,0)	11,62	0,001
	Memnun Değil	252 (96,55)	9 (3,45)	261 (100,0)		
Toplam		490 (92,63)	39 (7,37)	529 (100,0)		
Hekimlik Mesleğinin Saygınlığı	Daha İyiye Gitti	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100,0)	11,19	0,004
	Aynı Kaldı	24 (80,0)	6 (20,0)	30 (100,0)		
	Daha Kötüye Gitti	458 (93,9)	30 (6,1)	488(100,0)		
Toplam*		489 (92,79)	38 (7,21)	527(100,0)		

\*: Fikrim yok yanıtını veren 2 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

\*\*:'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

ASM'de çalışan hekimlerin %93,4'ü (426 kişi) ve TSM/HSM'de çalışan hekimlerin ise %87,7'si (64 kişi) hekimlik mesleğini stresli



bulmaktadır. Kurumlar arasında da hekimlik mesleğini stresli bulma açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=3,05$ ;  $p= 0,081$ ).

Aldığı ücretten tatmin olmayan hekimler olan hekimlere göre ( $\chi^2= 5,60$ ;  $p=0,0018$ ), tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak istemeyen hekimler olmak isteyen hekimlere göre ( $\chi^2= 9,51$   $p=0,002$ ) ve çalıştığı kurumdan memnun olmayan hekimler olan hekimlere göre ( $\chi^2=11,62$ ;  $p=0,001$ ) anlamlı olarak hekimlik mesleğini daha stresli bulmaktadırlar.

Çalışmaya katılan hekimlerin %54,44'ü (288 kişi) tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak istemediğini belirtirken; kadınlarda bu oran %48,03'ü (110 kişi), erkeklerde ise %43,67'dir (131 kişi).

Son bir yıl içinde hasta/hasta yakınları tarafından şiddete uğrayan hekimlerin %39,92'si (101 kişi) tekrar meslek seçeceklerinde doktor olmak istemekteyken, şiddete uğramayanlarda bu oran %50,72'dir (152 kişi).

Yönetici/ çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrayan hekimlerin %37,96'sı (52 kişi) tekrar meslek seçeceklerinde doktor olmak istediklerini belirtirken şiddete uğramayan hekimlerde bu oran %48,21'dir (189 kişi). Hekimlerin, tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olma isteği ile ilgili düşünceleri Tablo 15'de sunulmaktadır.

**Tablo- 15:** Hekimlerin tekrar doktor olma isteği ile ilgili düşünceleri (%)

Değişkenler		Tekrar Doktor Olma İsteği			$\chi^2$	p
		Evet	Hayır	Toplam		
Yaş	< 40	32 (49,23)	33 (50,77)	65 (100,0)	14,42	0,001
	40-49	150(40,65)	219(59,35)	369(100,0)		
	> 50	59 (62,01)	36 (37,99)	95 (100,0)		
Mesleği Stresli Bulma Algısı	Evet	214(88,80)	27 (11,20)	241(100,0)	9,51	0,002
	Hayır	276(95,83)	12 (4,17)	288(100,0)		
Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	133(54,73)	110(45,27)	243(100,0)	15,25	<0,001
	Hayır	108(37,76)	178(62,24)	286(100,0)		

Hasta/Hasta Yakını Tarafından Şiddete Uğrama	Evet	101(39,92)	152(60,08)	253(100,0)	6,21	0,013
	Hayır	140(50,72)	136(49,28)	276(100,0)		
Yönetici/Çalışma Arkadaşı Tarafından Şiddete Uğrama	Evet	52 (37,96)	85 (62,04)	137(100,0)	4,31	0,038
	Hayır	189(48,21)	203(51,79)	392(100,0)		
Çalıştığı Kurumdan memnuniyet*	Memnun	155(57,84)	153(42,16)	268(100,0)	33,02	<0,001
	Memnun Değil	86 (32,95)	175(67,05)	261(100,0)		
	Toplam	241(45,56)	288(54,44)	529(100,0)		
Gelecek Planı	Meslek değiştirmek	14 (8,24)	156(91,76)	170(100,0)	140,09	<0,001
	Başka sey**	226(56,78)	132(43,22)	398(100,0)		
Toplam		240(45,45)	288(54,55)	528(100,0)***		
Hekimliğin mesleki saygınlığı	Daha iyiye gitti	5 (55,56)	4 (44,44)	9(100,0)	8,15	0,015 ****
	Aynı kaldı	21 (70,00)	9 (30,0)	30(100,0)		
	Daha kötüye gitti	214(43,85)	274(56,15)	488(100,0)		
Toplam*****		240(45,54)	287(54,46)	527(100,0)		

\*: 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

\*\*.: Gelecek planı olarak 'aynı yerde çalışmak istiyorum', 'farklı bir yerde çalışmak istiyorum', 'emekli olmak istiyorum' ve 'uzman olmak istiyorum' seçeneğini işaretleyenler 'diğer' olarak gruplandırılmıştır

\*\*\*.: Diğer seçeneğini işaretleyip açık boş bırakan 1 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

\*\*\*\*.: Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır:

\*\*\*\*\*.:Fikrim yok cevabı veren 2 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Hem erkeklerin hem kadınların %50'ye yakını tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak istememektedir. Kadınlar ile erkekler arasında tekrar doktor olmayı düşünme açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=1,00$ ;  $p=0,318$ ). ASM ve TSM/HSM'de çalışan hekimler arasında da tekrar doktor olmayı düşünme açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=0,04$ ;  $p=0,851$ ).

Hekimlerin yaş grupları arasında tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmayı istemeleri açısından anlamlı fark vardır ( $\chi^2= 14,42$ ;  $p=0,001$ ).

Aldığı ücretten tatmin olmayan hekimler ücretten tatmin olan hekimler göre ( $\chi^2= 15,25$ ;  $p<0.001$ ), çalıştığı kurumdan memnun olmayan hekimler olan hekimlere göre ( $\chi^2= 33,02$ ;  $p<0.001$ ), mesleğini stresli bulan hekimler bulmayan hekimlere göre ( $\chi^2=9,51$ ;  $p=0,002$ ) ve gelecek planı olarak meslek değiştirmek isteyen hekimler diğer yanıtı veren hekimlere göre ( $\chi^2= 140,89$ ;  $p<0,001$ ) anlamlı olarak daha az oranda tekrar meslek seçeceklerinde doktor olmak istemektedir.

Son bir yıl içinde hasta/hasta yakınları tarafından şiddete uğrayan hekimler uğramayan hekimlere göre, anlamlı olarak daha az oranda tekrar meslek seçeceklerinde hekimlik mesleğini seçmek istemektedir ( $\chi^2= 6,21$ ;  $p=0,013$ ).

Yönetici/ çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrayan hekimler uğramayanlara göre tekrar meslek seçeceklerinde daha az oranda doktor olmak istemektedir ( $\chi^2= 4,31$ ;  $p=0,038$ ).

Son 10 yılda hekimlik mesleğinin saygınlığının azaldığını düşünen hekimler aynı kaldığını ve arttığını düşünen hekimlere göre meslek seçecek olduklarında daha az oranda hekimlik mesleğini seçmek istediklerini belirtmektedir ( $\chi^2= 8,16$ ;  $p=0,017$ ).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin %42,34'ü (224 kişi) son bir yıl içerisinde üç haftadan az izin kullanmıştır. Üç haftadan az izin kullananların; %76,21'i (151kişi) iş ile ilgili nedenlerden dolayı % 23,79'u (59 kişi) ise diğer (gerek duymadım, izin sürem o kadar, özel nedenler, sonra kullanacağım) nedenlerden kullanmadığını belirtmiştir. Hekimlerin üç haftadan az izin kullanma nedenleri çalışılan kuruma göre Tablo 16'da sunulmaktadır.

**Tablo- 16:** Hekimlerin son bir yıl içerisinde çalışılan kuruma göre üç haftadan az izin kullanma nedenleri (%)

İzin Kullanamama Nedenleri	Kurum		Toplam
	ASM	TSM-HSM	
Hekim eksikliği nedeniyle	65 (32,83)	3 (6,00)	68 (27,42)
Ücret kaybı nedeniyle	41 (20,71)	26 (52,00)	67 (27,02)
İş yoğunluğu nedeniyle	45 (22,73)	9 (18,00)	54 (21,77)
Diğer nedenler	47 (23,73)	12 (24,00)	59 (23,79)
Toplam*	198 (100,00)	50 (100,00)	248 (100,00)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü  
\*: Birden fazla işletleme yapanlar olduğu için toplam, 248 olarak hesaplanmıştır

Son bir yıl da ASM’de çalışan hekimlerin %38,82’si (177 kişi), HSM/TSM’de çalışan hekimlerin ise %64,38’i (47 kişi) 3 haftadan az izin kullanmıştır. ASM’de çalışan hekimlerin en sık izin kullanamamalarının en sık nedeni hekim eksikliği (%32,88) iken; TSM/HSM’de çalışan hekimlerinki ücret kaybıdır (%52,00).

Hekimlerin çalıştıkları kurum, ücretten tatmin olma durumu ve yönetici/çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama durumlarına göre izin kullanımları Tablo 17’de sunulmaktadır.

**Tablo- 17:** Hekimlerin izin kullanımı ve etkileyen etmenler (%)

Değişkenler		İzin Kullanımı			$\chi^2$	p
		Üç haftadan az kullananlar	Üç hafta ve daha fazla kullananlar	Toplam		
Çalışılan Kurum	ASM	177 (38,82)	279 (61,18)	456 (100,0)	16,85	<0,001
	TSM-HSM	47 (64,38)	26 (35,62)	73 (100,0)		
Aldığı Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	89 (36,63)	154 (63,37)	243(100,0)	6,02	0,014
	Hayır	135 (47,20)	151 (52,80)	286 (100,0)		
Yönetici/Çalışma Arkadaşı Tarafından Şiddete Uğrama	Evet	71 (51,82)	66 (48,18)	137(100,0)	6,81	0,009
	Hayır	153 (39,03)	239 (60,97)	392 (100,0)		
Toplam		224 (42,34)	305 (57,66)	529 (100,0)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü

ASM'de çalışan hekimler, TSM/HSM'de çalışan hekimlere göre anlamlı olarak daha fazla üç hafta ve üzeri izin kullanmıştır ( $\chi^2= 16,85$ ;  $p<0,001$ ).

Aldığı ücretten tatmin olan hekimler olmayan hekimlere göre ( $\chi^2= 6,02$ ;  $p=0,014$ ) ve yöneticisi/ çalışma arkadaşı tarafından şiddete sunuk kalmayan hekimler kalan hekimlere göre ( $\chi^2= 6,81$ ;  $p=0,009$ ) anlamlı olarak daha fazla 3 hafta ve üzeri izin kullanmıştır.

Hekimlerin %47,83'ü (253 kişi) son bir yıl içerisinde hasta/ hasta yakını tarafından şiddete uğramıştır. %43,29'u (229 kişi) sözel şiddete uğrarken, %0,19'u (1 kişi) fiziksel ve %4,35'i (23 kişi) de hem fiziksel hem sözel şiddete uğramıştır. ASM'de çalışan hekimlerin %51,75'i (236 kişi) son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete sunuk kalmışken TSM' de çalışanların % 30,23'ü (13 kişi) ve HSM'de çalışan hekimlerin %13,33'ü (4

kişi) şiddete uğramıştır. Son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrama durumu ile ilgili ayrıntılar Tablo 18'de sunulmaktadır.

**Tablo- 18:** Son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrama durumu ve ilişkili etmenler (%)

Değişkenler		Hasta/ Hasta Yakını Tarafından Şiddete Uğrama			$\chi^2$	p
		Şiddete Uğrayanlar	Şiddete Uğramayanlar	Toplam		
Cinsiyet	Kadın	126(55,02)	103 (44,98)	229(100,0)	8,38	0,004
	Erkek	127(42,33)	173 (57,67)	300(100,0)		
İş yükü	Ağır	169(54,87)	139 (45,13)	308(100,0)	14,69	<0,001
	Hafif	84 (38,01)	137 (61,99)	221(100,0)		
Çalışılan Kurum	ASM	236(51,75)	220 (48,25)	456(100,0)	20,44	<0,001
	TSM/HSM	17 (23,29)	56 (76,71)	73 (100,0)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet*	Memnun	95 (35,45)	173 (64,55)	268(100,0)	33,36	<0,001
	Memnun Değil	158(60,54)	103 (39,46)	261(100,0)		
Yönetici/Çalışma Arkadaşı Tarafından Şiddete Uğrama Durumu	Evet	108(78,83)	29 (21,17)	137(100,0)	71,23	<0,001
	Hayır	145(36,99)	247 (63,01)	392(100,0)		
Hekimliğin Mesleki Saygınlığı**	Aynı Kaldı/ Daha iyiye gitti	10 (25,64)	29 (74,36)	39(100,0)	8,44	0,004
	Daha kötüye gitti	243(49,80)	245 (50,20)	488(100,0)		
Toplam		253(47,83)	276 (52,17)	529 (100,0)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 \*: 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır..

\*\* : Fikrim yok cevabı veren 2 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Erkekler (%50,2) kadınlara (%49,8) göre, son bir yılda hasta/hasta yakını tarafından anlamlı olarak daha fazla şiddete uğramıştır ( $\chi^2=8,38$ ;  $p=0,004$ ). 50 yaşın üzerindeki hekimlerin %60,00'ı (95 kişi), 40-49 yaş aralığındaki hekimlerin %51,22'si (198 kişi) ve 40 yaş altı hekimlerin %53,85'i son bir yılda hasta/hasta yakını tarafından daha fazla şiddete sunuk kalmışlardır. Yaş grupları arasında hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrama açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=3,41$ ;  $p=0,182$ ).

ASM'de çalışan hekimler (%51,75), TSM/ HSM'de çalışan hekimlere (%23,29) göre son bir yılda hasta/hasta yakını tarafından anlamlı olarak daha fazla şiddet uğramıştır ( $\chi^2=22,46$ ;  $p<0,001$ ).

İş yükünü ağır olarak tanımlayan hekimler hafif olarak tanımlayanlar hekimlere göre ( $\chi^2=14,69$ ;  $p<0,001$ ), çalışmakta olduğu kurumdan memnun olmadığını belirten hekimler memnun olduğunu belirten hekimlere göre ( $\chi^2=33,36$ ;  $p<0,001$ ), yönetici/çalışma arkadaşları tarafından şiddete uğrayan hekimler uğramayan hekimlere göre ( $\chi^2=71,23$ ;  $p<0,001$ ) ve hekimlik mesleğinin saygınlığının son on yılda daha kötüye gittiğini düşünen hekimler aynı kaldığını ya da daha iyiye gittiğini düşünen hekimlere göre ( $\chi^2=8,44$ ;  $p=0,004$ ) anlamlı olarak daha fazla son bir yılda hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğramıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %25,90'ı (137 kişi) yöneticisi ve/veya çalışma arkadaşları tarafından şiddete uğradığını belirtmektedir. Hekimlerin %15,50'si (82 kişi) sözel şiddet, %3,02'si (16 kişi) ekonomik, %0,2'si (1 kişi) fiziksel, %4,73'ü (25 kişi) hem sözel hem ekonomik ve %0,95'i (5 kişi) de hem sözel hem fiziksel hem de ekonomik şiddete uğradığını belirtmektedir. Yönetici/çalışma arkadaşları tarafından şiddete uğrama durumu ile ilgili ayrıntılar Tablo 19'da sunulmaktadır.

**Tablo- 19:** Yönetici/çalışma arkadaşları tarafından şiddete uğrama durumu ve ilişkili etmenler (%)

Değişkenler		Şiddete Uğrayanlar	Şiddete Uğramayanlar	Toplam	$\chi^2$	p
Cinsiyet	Kadın	71 (31,00)	158 (69,00)	229 (100,0)	5,49	0,019
	Erkek	66 (22,00)	234 (78,00)	300 (100,0)		
Yaş	26-39	20 (30,77)	45 (69,23)	65 (100,0)	7,75	0,021
	40-49	103 (27,91)	266 (72,09)	369 (100,0)		
	>50	14 (14,74)	81 (85,26)	95 (100,0)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet*	Memnun	58 (21,64)	210 (78,36)	268 (100,0)	5,13	0,024
	Memnun Değil	79 (30,27)	182 (69,73)	261 (100,0)		
Aileye Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Evet	46 (19,49)	190 (80,51)	236 (100,0)	9,11	0,003
	Hayır	91 (31,06)	202 (68,94)	293 (100,0)		
Aldığı Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	42 (17,28)	201 (82,72)	243 (100,0)	17,38	<0,001
	Hayır	95 (33,22)	191 (66,78)	286 (100,0)		
Toplam		137 (25,90)	392 (74,10)	529 (100,0)		

\*: “Çok memnunum” ve “memnunum” seçeneğini işaretleyenler ‘kurumdan memnun’; ‘hiç memnun değilim’, ‘memnun değilim’ ve ‘ne memnunum ne memnun değilim’ seçeneğini işaretleyenler ‘memnun değil’ olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş grupları arasında yönetici/ çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğramıyla ilgili anlamlı fark vardır ( $\chi^2=7,75$ ;  $p=0,021$ ).

Çalışmaya katılan kadın hekimler erkek hekimlere göre ( $\chi^2=5,49$ ;  $p=0,019$ ), çalıştığı kurumdan memnun olmadığını belirten hekimler memnun olduğunu belirten hekimlere göre ( $\chi^2=5,13$ ;  $p=0,024$ ), ailelerine yeterli zaman ayırmayan hekimler yeterli zaman ayıran hekimlere göre ( $\chi^2=9,11$ ;  $p<0,001$ )



ve aldığı ücretten tatmin olmayan hekimler tatmin olan hekimlere göre ( $\chi^2=17,38$ ;  $p<0,001$ ) yöneticileri/çalışma arkadaşları tarafından anlamlı olarak daha fazla şiddete uğramışlardır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %32,2'si geleceğe yönelik plan olarak meslek değiştirmek istediğini belirtmiştir. Kadın hekimlerin %29,26'sı (67 kişi), erkek hekimlerin de %34,45'i (103 kişi) meslek değiştirmek istemektedir. Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan hekimlerin gelecek planları şu şekildedir;

- %32,20'si (170 kişi) meslek değiştirmek,
- %25,19'u (133 kişi) aynı yerde çalışmaya devam etmek (aynı yerde, aynı yerde başka kişilerle, aynı yerde daha iyi şartlarda),
- %21,21'i (112 kişi) emekli olmak,
- %19,13'ü (101 kişi) başka bir yerde çalışmak,
- %2,27'si (12 kişi) uzman olmak istediğini belirtmiştir.
- Bir kişi açık uçlu olan diğer seçeneğini işaretlemiş ancak açıklama yapmamıştır.

Hekimlerin geleceğe yönelik planları ile ilgili ayrıntılar Tablo 20'de sunulmaktadır.

**Tablo- 20:** Hekimlerin geleceğe yönelik düşünceleri \*(%)

Değişkenler		Geleceğe Yönelik Düşünce			$\chi^2$	p
		Meslek değiştirmek	Diğer seçenekler	Toplam		
Yaş	<40	21 (32,21)	44 (67,69)	65 (100,0)	7,74	0,021
	40-49	130 (35,23)	239 (64,77)	369 (100,0)		
	≥ 50	19 (20,21)	75 (79,79)	94 (100,0)		
Çalıştığı Kurumdan memnuniyet**	Memnun	61 (22,76)	207 (77,24)	268 (100,0)	22,20	<0,001
	Memnun Değil	109 (41,92)	151 (58,08)	260 (100,0)		
İzin Kullanımı	< 3hafta	88 (39,46)	135 (60,54)	223 (100,0)	9,33	0,002
	≥ 3 hafta	82 (26,89)	223 (73,11)	305 (100,0)		
Aldığı Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	65 (26,75)	178 (73,25)	243 (100,0)	6,12	0,013
	Hayır	105 (36,84)	180 (63,16)	285 (100,0)		
Tekrar Doktor Olma İsteği	Evet	14 (5,83)	226 (94,17)	240 (100,0)	140,09	<0,001
	Hayır	156 (54,17)	132 (45,83)	288 (100,0)		
Yönetici/Çalışma Arkadaşı Tarafından Şiddete Uğrama Durumu	Evet	55 (40,44)	81 (59,56)	136 (100,0)	5,70	0,017
	Hayır	115 (29,34)	277 (70,66)	392 (100,0)		
Toplam***		170 (32,20)	358 (67,80)	528 (100,0)		

\*: Gelecek planı olarak aynı yerde çalışmak istiyorum, farklı bir yerde çalışmak istiyorum, emekli olmak istiyorum, uzman olmak istiyorum ve açık uçlu olarak bırakılan diğer seçeneğini işaretleyenler 'diğer' olarak gruplandırılmıştır

\*\* : 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

\*\*\* : 1 kişi bu soruya diğer yanıtını işaretleyip açıklama yazmadığı için analiz dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya katılan kadın hekimlerle erkek hekimler arasında ( $\chi^2=1,60$ ;  $p=0,206$ ) ve ASM'de çalışan hekimlerle TSM/HSM'de çalışan hekimler arasında ( $\chi^2=1,29$ ;  $p=0,280$ ) geleceğe yönelik plan açısından anlamlı fark yoktur.

Uzman hekimlerin %25,81'i (8 kişi), pratisyen hekimlerin de %32,61'i (16 kişi) geleceğe yönelik plan olarak meslek değiştirmek istemektedir. Birinci basamakta çalışan uzman hekimlerle pratisyen hekimler arasında geleceğe yönelik plan açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2=0,62$ ;  $p=0,433$ ).

Çalışmakta olduğu kurumdan memnun olmayan hekimler olan hekimlere ( $\chi^2=22,20$ ;  $p<0,001$ ), aldığı ücretten tatmin olmayan hekimler olan hekimlere göre ( $\chi^2=6,12$ ;  $p=0,013$ ), üç haftadan daha az izin kullanan hekimler üç hafta ve daha fazla izin kullanan hekimlere göre ( $\chi^2=9,33$ ;  $p=0,002$ ) ve tekrar meslek seçeceklerinde doktor olmak istemeyen hekimler doktor olmak isteyen hekimlere göre ( $\chi^2=140,09$ ;  $p<0,001$ ) meslek değiştirmeyi anlamlı olarak daha çok düşünmektedir.

### III- Minnesota İş Doymu

Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin MİD puan ortalamaları 59,98'dir (%95 G.A:58,99- 61,07). Kadınların MİD puan ortalamaları 59,90 (%95 G.A: 58,41-61,45); erkeklerinki 60,04'dür (%95 G.A: 58,68-61,39). MİD puan ortalamaları; 50 yaşın üzerindeki hekimlerde 59,98 (%95 G.A: 61,03-65,77), 40-49 yaş aralığındaki hekimlerde 59,20 (%95 G.A:57,95-60,45) ve 40 yaşın altındaki hekimlerde ise 59,43'dür (%95 G.A: 56,17-62,70).Hekimlerin MİD puan ortalamaları ve etkileyen etmenlerin ayrıntıları Tablo 21'de sunulmaktadır.

**Tablo- 21:** Hekimlerin İş ile ilgili bazı özelliklerine göre Minnesota İş Doyum (MİD) Puan Ortalamaları

		MİD puan ortalamaları (%95 G.A)	t, F*	p
Çalışılan Kurum	ASM	59,41 (58,30-60,47)	-2,69	0,007
	TSM/HSM	63,56 (60,44-66,62)		
Toplam Hekimlik Süresi	<10 yıl	62,62 (56,36-68,88)	0,80	0,452
	10-20 yıl	59,28 (57,34-61,23)		
	≥ 20 yıl	60,17 (58,89-61,45)		
Şu an Çalışılan Kurumdaki Süre	< 1 yıl	60,58 (56,66-64,50)	0,12	0,888
	1-4 yıl	59,56 (57,34-61,79)		
	≥ 4 yıl	60,03 (58,77-61,29)		
Haftalık Çalışma Süresi	≤ 40 saat	60,40 (59,20-61,48)	1,37	0,174
	40+ saat	58,41 (55,71-61,03)		
Yönetmelik Görev	Var	61,37 (59,49-63,17)	1,669	0,096
	Yok	59,41 (58,15-60,65)		
Uzmanlık	Var	64,77 (60,68-68,48)	2,24	0,025
	Yok	59,68 (58,57-60,77)		
İş yükü	Ağır	57,61 (56,11-58,99)	-5,35	<0,001
	Hafif	63,28 (61,89-64,71)		
İzin Kullanımı	< 3 hafta	58,99 (57,17-60,88)	-1,54	0,124
	≥ 3 hafta	60,71(59,48-61,91)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet**	Memnun	66,26 (65,08-67,38)	13,82	<0,001
	Memnun Değil	53,54 (52,08-54,99)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 \*: İki grup arasındaki ölçüm değerlerinin ortalamaları karşılaştırılırken 't' değeri, ikiden fazla grubun ölçüm değerlerinin ortalamaları karşılaştırılırken 'F' değeri kullanılmış; ikiden fazla ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığı ise Bonferroni testiyle çözümlenmiştir.

\*\*:'Çok memnunuz' ve 'memnunuz' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunuz ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

Kadınlar ile erkekler arasında ( $t=-1,126$ ;  $p=0,900$ ) ve evliler ile bekarlar arasında ( $t=0,068$ ;  $p=0,946$ ) MİD puan ortalamaları açısından anlamlı fark yoktur.

50 yaşın üzerindeki erkek hekimlerin MİD puan ortalamaları diğer yaş grubundaki erkek hekimlerden anlamlı düzeyde yüksektir ( $t=2,76$ ;  $p=0,006$ ).

ASM' de çalışan hekimlerin MİD puan ortalamaları TSM/ HSM'de çalışan hekimlerden anlamlı olarak daha düşüktür ( $t=-2,69$ ;  $p=0,007$ ). Uzman hekimlerin MİD puan ortalamaları, pratisyen hekimlerden anlamlı olarak yüksektir ( $t=2,24$ ;  $p=0,025$ ).

İş yükünü hafif olarak tanımlayan hekimlerin MİD puan ortalamaları ağır olarak tanımlayan hekimlerden ( $t=-5,35$ ;  $p<0,001$ ) ve çalıştığı kurumdan memnun olan hekimlerin MİD puan ortalamaları memnun olmayan hekimlerden ( $t=13,82$ ;  $p<0,001$ ) anlamlı olarak yüksektir. Hekimlerin aileye yeterli zaman ayırma, mesleği stresli bulma, tekrar doktor olmayı isteme ve aldığı ücretten tatmin olma durumlarına göre Minnesota İş Doyum Puan Ortalamaları Tablo 22'de sunulmaktadır.

**Tablo- 22:** Hekimlerin aileye yeterli zaman ayırma, mesleği stresli bulma, tekrar doktor olmayı isteme ve aldığı ücretten tatmin olma durumlarına göre Minnesota İş Doyum (MİD) Puan Ortalamaları

		MİD puan ortalmaları (%95 G.A)	t	p
Aileye Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Evet	63,37 (61,86-64,78)	5,85	<0,001
	Hayır	57,25 (55,84-58,68)		
Mesleği Stresli Bulma Algısı	Evet	59,34 (58,23-60,42)	-4,28	<0,001
	Hayır	67,97 (63,65-71,93)		
Tekrar Doktor Olma İsteği	Evet	64,93 (63,69-66,20)	9,23	<0,001
	Hayır	55,84 (54,39-57,23)		
Aldığı Ücretten Tatmin Olma Durumu	Evet	64,33 (62,87-65,64)	7,90	<0,001
	Hayır	56,29 (54,75-57,64)		

Hekimlerin MİD puan ortalamaları, ailesine yeterli zaman ayırdığını belirten hekimlerde ayırmadığını belirten hekimlerden ( $t=5,85$ ;  $p<0,001$ ), hekimlik mesleğini stresli bulmayan hekimlerde mesleği stresli bulan hekimlerden, tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak isteyen hekimlerde doktor olmak istemeyen hekimlerden ( $t=9,23$ ;  $p<0,001$ ) ve aldığı ücretten tatmin olan hekimlerde olmayan hekimlerden ( $t=7,90$ ;  $p<0,001$ ) anlamlı olarak daha yüksektir ( $t=-4,28$ ;  $p<0,001$ ).

Hekimlerin hasta/hasta yakını ve yönetici/çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama durumlarına göre Minnesota İş Doyum puan ortalamaları Tablo 23'de sunulmaktadır.

**Tablo- 23:** Hekimlerin hasta/hasta yakını ve yönetici/çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama durumlarına göre Minnesota İş Doyum (MİD) puan ortalamalarının karşılaştırılması

		MİD puan ortalmaları (%95 G.A)	t	p
Hasta/Hatsa Yakını Tarafından Şiddete Uğrama Durumu	Uğrayanlar	56,21 (54,66-57,72)	-7,05	<0,001
	Uğramayanlar	63,44 (62,13-64,70)		
Yönetici/Çalışma Arkadaşı Tarafından Şiddete Uğrama Durumu	Uğrayanlar	56,28 (54,28-58,25)	-4,14	<0,001
	Uğramayanlar	61,27 (60,02-62,48)		

MİD puan ortalamaları son bir yıl içinde hasta/ hasta yakını tarafından şiddete uğrayan hekimlerde şiddete uğramayan hekimlerden ( $t=-7,05$ ;  $p<0,001$ ) ve yönetici/ çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrayan hekimlerde şiddete uğramayanlardan anlamlı olarak daha düşüktür ( $t=-4,14$ ;  $p<0,001$ ).

Hekimlik mesleğinin son on yılda saygınlığının daha iyiye gittiğini düşünen hekimlerin MİD puan ortalamaları; 67,00 (%95 G.A: 62,77-71,23),

aynı kaldığını düşünen hekimlerin 69,37 (%95 G.A: 65,89-72,85) ve daha kötüye gittiğini düşünen hekimlerin MİD puan ortalamaları ise 59,23'dür (%95 G.A: 58,14-61,00). Hekimlik mesleğinin saygınlığının daha iyiye gittiğini, azaldığını ve aynı kaldığını düşünen hekimler arasında MİD puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ve bu fark aynı kaldığını düşünen hekimler ile daha kötüye gittiğini düşünen hekimler arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (F=11,51; p<0,001).

Hekimlerden geleceğe yönelik plan olarak meslek değiştirmek isteyenlerin MİD puan ortalamaları 55,19 (%95 GA:53,50-57,04), diğer seçeneği işaretleyen hekimlerin MİD puan ortalamaları 62,28'dir. (%95 G.A: 61,07-63,46) Meslek değiştirmek isteyen hekimlerin MİD puan ortalamaları diğer seçeneği işaretleyen hekimlerden anlamlı olarak daha düşüktür (t=6,40; p<0,001).

Çalışmaya katılan hekimlerin içsel MİD puan ortalamaları 36,40 (%95 G.A:35,76-37,08); dışsal MİD puan ortalamaları 23,58'dir (%95 G.A:23,13-24,06). Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre genel, içsel ve dışsal puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 24'de sunulmaktadır.

**Tablo- 24:** Hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre genel Minnesota İş Doyum (MİD) puan ortalaması, içsel ve dışsal MİD puan ortalamaları ( %95 G.A)

Puan	ASM	TSM/HSM	t	p
	MİD puan ortalamaları (%95 G.A)	MİD puan ortalamaları (%95 G.A)		
Genel Puan	59,41 (58,31-60,53)	63,56 (60,35-66,33)	-2,69	0,007
İçsel puan	36,21 (35,48-36,91)	37,59 (35,59-39,45)	-1,41	0,159
Dışsal Puan	23,20 (22,70-23,70)	26,02 (24,64-27,22)	-3,94	<0,001

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü  
Genel Puan: Toplam Minnesota İş Doyum puan ortalaması  
İçsel puan: Minnesota İş Doyum ölçeğinin içsel alt boyutlarının puan ortalaması  
Dışsal puan: Minnesota İş Doyum ölçeğinin dışsal alt boyutlarının puan ortalaması

Birinci basamakta çalışan hekimler arasında içsel MİD puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur. Bununla birlikte ASM'de çalışan hekimlerin hem genel hem de dışsal MİD puan ortalamaları TSM/HSM'de çalışan hekimlere göre anlamlı olarak daha düşüktür ( $p < 0,001$ ).

Hekimlerin çalışmakta oldukları kurum, çalışmakta oldukları kurumdan memnuniyetleri, haftalık çalışma süresi, iş yükü algısı, gelecek planı, mesleki saygınlığın son on yıldaki değişimiyle ilgili düşüncelerinin dışsal MİD puan ortalamaları Tablo 25'de sunulmaktadır.

**Tablo- 25:** Hekimlerin çalışmakta oldukları kurum, çalışmakta oldukları kurumdan memnuniyetleri, haftalık çalışma süresi, iş yükü algısı, gelecek planı, mesleki saygınlığın son on yıldaki değişimiyle ilgili düşüncelerinin dışsal Minnesota İş Doyum (MİD) puan ortalamaları

		MİD puan ortalamaları (%95 G.A)	t	p
Yaş	26-39	23,92 (22,42-25,29)	4,23	0,012
	40-49	23,15(22,59-23,71)		
	>50	25,04(23,95-26,09)		
Çalışmakta Olduğu Kurum	ASM	23,20 (22,67-23,70)	-3,94	<0,001
	TSM/HSM	25,97 (24,60-27,22)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet*	Memnun	26,40 (25,86-26,93)	13,37	<0,001
	Memnun Değil	20,69 (20,07-21,30)		
Haftalık Çalışma Süresi (saat)	≤ 40 Saat	23,89 (23,36-24,41)	2,25	0,026
	40 + Saat	22,44 (21,28-23,62)		
İş yükü**	Hafif	25,36 (21,65-22,95)	6,33	<0,001
	Ağır	22,31 (24,67-26,03)		



Gelecek Planı***	Meslek Değiştirmek	21,78 (20,95-22,59)	5,20	<0,001
	Diğer	24,46 (23,89-25,02)		
Mesleki Saygınlık	Aynı Kaldı/Daha İyiyeye Gitti	28,13 (26,73-29,51)	5,37	<0,001
	Daha Kötüye Gitti	23,20 (22,69-23,68)		

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 \*: 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

\*\* : Çok ağır ile ağır seçeneğini işaretleyenler 'ağır'; 'orta', 'hafif' ve 'çok hafif' seçeneğini işaretleyenler ise 'hafif' olarak gruplandırılmıştır.

\*\*\*: Gelecek planı olarak aynı yerde çalışmak istiyorum, farklı bir yerde çalışmak istiyorum, emekli olmak istiyorum, uzman olmak istiyorum ve açık uçlu olarak bırakılan diğer seçeneğini işaretleyenler 'diğer' olarak gruplandırılmıştır.

ASM'de çalışan hekimlerin TSM/HSM'de çalışan hekimlere göre dışsal doyum ortalamaları anlamlı olarak düşüktür (t=-3,94; p<0,001).

Haftada 40 saatten fazla çalışan hekimlerin dışsal doyum ortalamaları 40 saat ve daha az çalışan hekimlere göre anlamlı olarak düşüktür (t=2,25; p=0,026). Ayrıca çalışmakta oldukları kurumdan memnun olmayan hekimler memnun olan hekimlere göre (t=13,37; p<0,001), iş yükünü ağır olarak tanımlayan hekimler hafif olarak tanımlayanlara göre (6,33; p<0,001), gelecek planı olarak meslek değiştirmek isteyen hekimler diğer seçenekleri işareteleyen hekimlere göre (t=5,20; p<0,001) ve hekimlik mesleğinin son on yılda saygınlığının daha kötüye gittiğini düşünen hekimler aynı kaldığını ya da iyiyeye gittiğini düşünen hekimlere göre (t=5,37; p<0,001) daha düşük içsel doyum ortalamasına sahiptir. Hekimlerin yaş, yönetsel görev, çalışmakta oldukları kurumdan memnuniyetleri, iş yükü algısı, gelecek planı, mesleki saygınlığın son on yıldaki değişimiyle ilgili düşüncelerinin içsel MID puan ortalamalarının Tablo 26'da sunulmaktadır.

**Tablo- 26:** Hekimlerin yaş, yönetsel görev, çalışmakta oldukları kurumdan memnuniyetleri, iş yükü algısı, gelecek planı, mesleki saygınlığın son on yıldaki değişimiyle ilgili düşüncelerinin içsel Minnesota İş Doyum (MİD) puan ortalamaları

		MİD puan ortalamaları (%95 G.A)	t	p
Yaş	26-39	35,51 (33,38-37,64)	3,85	0,022
	40-49	36,05 (35,36-36,84)*		
	>50	38,36 (36,89-39,82)*		
Yönetsel görev	Var	37,52 (36,36-38,73)	2,14	0,033
	Yok	35,94 (35,17-36,78)		
Çalıştığı Kurumdan Memnuniyet*	Memnun	39,86 (39,12-40,53)	11,59	<0,001
	Memnun Değil	32,84 (31,93-33,76)		
İş yükü**	Hafif	37,92 (36,94-38,84)	-3,97	<0,001
	Ağır	35,31 (34,40-36,27)		
Gelecek Planı***	Meslek Değiştirmek	33,41 (32,19-34,62)	6,30	<0,001
	Diğer	37,82 (37,06-38,65)		
Mesleki Saygınlık	Aynı	40,69 (39,17-42,30)	5,34	<0,001
	Kaldı/Daha İyiyeye Gitti			
	Daha Kötüye Gitti	36,03 (35,33-36,73)		

\*: 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

\*\* : Çok ağır ile ağır seçeneğini işaretleyenler 'ağır' olarak; orta, hafif ve çok hafif seçeneğini işaretleyenler ise 'hafif' olarak gruplandırılmıştır.

\*\*\*: Gelecek planı olarak aynı yerde çalışmak istiyorum, farklı bir yerde çalışmak istiyorum, emekli olmak istiyorum, uzman olmak istiyorum ve açık uçlu olarak bırakılan diğer seçeneğini işaretleyenler 'diğer' olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimler arasında yaş grupları açısından içsel doyum puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ve bu fark 50 yaşın üzerindeki hekimlerle 40-49 yaş aralığındaki hekimlerden kaynaklanmaktadır (F= 3,85; p=0,022).

Yönetmel görevi olan hekimlerin içsel doyum puan ortalamaları olmayan hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksektir (t=2,14; p=0,033). Ayrıca çalışmakta oldukları kurumdan memnun olmayan hekimler memnun olan hekimlere göre (t=11,59; p<0,001), iş yükünü ağır olarak tanımlayan hekimler hafif olarak tanımlayanlara göre (-3,97; p<0,001), gelecek planı olarak meslek değiştirmek isteyen hekimler diğer seçenekleri işaretleyen hekimlere göre (t=6,30; p<0,001) ve hekimlik mesleğinin son on yılda saygınlığının daha kötüye gittiğini düşünen hekimler aynı kaldığını ya da iyiye gittiğini düşünen hekimlere göre (t=5,34; p<0,001) daha düşük içsel doyum ortalamasına sahiptir.

Hekimlerin MİD puan ortalamalarının çalıştıkları kurumlar arasında karşılaştırılması Tablo 27'de sunulmaktadır.

**Tablo- 27:** Hekimlerin MİD puan ortalamalarının çalıştıkları kurumlar arasında karşılaştırılması

	Genel Puan (%95 G.A)	F	p
OASM	60,12 (58,46-61,77)	0,71	0,492
YASM	58,88 (56,94-60,81)		
NASM	58,55 (55,97-61,12)		
OTSM	63,20 (57,71-68,69)	0,68	0,567
YTSM	61,00 (54,06-67,94)		
NTSM	69,43 (59,82-79,04)		
HSM	63,43 (58,65-68,21)		

OASM:Osmangazi ilçesindeki aile sağlığı merkezleri;

YASM: Yıldırım ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

NASM: Nilüfer ilçesindeki aile sağlığı merkezleri

OTSM:Osmangazi ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri;

YTSM: Yıldırım ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri

NTSM: Nilüfer ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri

HSM : Halk sağlığı müdürlüğü

Farklı ilçelerdeki ASM'lerde çalışan hekimler arasında (F=0,71; p=0,492) ve farklı ilçelerdeki TSM'lerde çalışan hekimler ile HSM' de çalışan hekimler arasında genel iş doyum puan ortalamaları açısından anlamlı fark yoktur (F=0,68; p=0,567).

Çalışmamızda iş doyumunu alt boyutlarından en düşük puanları;

- Terfi olanağı; 2,29 (%95 GA:2,21-2,37) ve
- Çalışma şartı; 2,82 (%95 GA:2,73-2,91) alırken,
- En yüksek puanları ise;
- Sabit iş sağlaması; 3,71 (%95 GA:3,64-3,78) ve
- Başkaları için birşeyler yapabilme olanağını vermesi; 3,86 (%95 GA: 3,78-3,93) alt grupları almaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %10,0'ünün (53 kişi) iş doyumunu yüksek; %89,41'inin (473 kişi) orta ve %0,6'sının (3 kişi) düşüktür. Hekimlerin iş doyumunu düzeyleri Tablo 28'de sunulmaktadır.

**Tablo- 28:** Minnesota iş doyum ölçeği (MİD) puanları

Değişkenler		Minnesota İş Doyum Ölçeği			$\chi^2$	p
		Orta-Düşük*	Yüksek	Toplam		
Cinsiyet	Kadın	202 (88,21)	27 (11,79)	229 (100,0)	1,41	0,236
	Erkek	274 (91,33)	26 (8,67)	300 (100,0)		
Yaş	< 40	58 (89,23)	7 (10,77)	65 (100,0)	2,51**	0,113**
	40-49	339 (91,87)	30 (37,13)	369 (100,0)		
	> 50	79 (83,16)	16 (9,84)	95 (100,0)		
Medeni durum	Evli	413 (90,57)	43 (9,43)	456 (100,0)	1,27	0,259
	Bekar	63 (86,30)	10 (13,70)	73 (100,0)		
Yönetmel Görev	Var	134 (86,45)	21 (13,55)	155 (100,0)	3,03	0,082
	Yok	342 (91,44)	32 (8,56)	374 (100,0)		

Uzmanlık	Var	25 (80,65)	6 (19,35)	31 (100,0)	3,18	0,074
	Yok	451 (90,56)	47 (9,44)	498 (100,0)		
Kurum	ASM	420 (92,11)	36 (7,89)	456 (100,0)	16,54	<0,001
	TSM/HSM	56 (76,71)	17(23,29)	73 (100,0)		
İş Yüğü	Ağır	283 (91,9)	25 (8,1)	308 (100,0)	2,96	0,085
	Hafif	193 (87,33)	28 (12,67)	221 (100,0)		
Toplam Çalışma Süresi	< 10 yıl	18 (85,71)	3 (14,29)	21 (100,0)	0,14**	0,713**
	10-19 yıl	158 (91,86)	14 (8,14)	172 (100,0)		
	≥ 20 yıl	300 (89,29)	36 (10,71)	336 (100,0)		
şu An Çalışmakta Olduğu Kurumdaki Süre	< 1yıl	40 (88,89)	5 (11,11)	45 (100,0)	0,05**	0,827**
	1-3 yıl	99 (90,00)	11 (10,00)	110 (100,0)		
	≥4 yıl	337 (90,11)	37 (9,89)	374 (100,0)		
Haftalık Çalışma Süresi	≤40 saat	374 (89,69)	43 (10,31)	417 (100,0)	0,19	0,665
	40+ saat	102 (91,07)	10 (8,93)	112 (100,0)		
Mesleği Stresli Bulma Algısı	Evet	452 (92,24)	38 (7,76)	490 (100,0)	37,78	<0.001
	Hayır	24 (61,54)	15 (38,46)	39 (100,0)		
Aileye Yeterli Zaman Ayırma	Evet	198 (83,90)	38 (16,10)	236 (100,0)	17,49	<0.001
	Hayır	278 (94,88)	15 (5,12)	293 (100,0)		
Ücretten Tatmin Olma	Evet	203 (83,54)	40 (24,46)	243 (100,0)	20,69	<0,001
	Hayır	273 (95,45)	13 (4,55)	286 (100,0)		
Hasta/ Hasta Yakını şiddetine Uğrama	Evet	242 (95,65)	11 (4,35)	253 (100,0)	17,30	<0,001
	Hayır	234 (84,78)	42 (15,22)	276 (100,0)		

Yönetici/ Çalışma Arkadaşları Tarafından Şiddete Uğrama	Evet	127 (92,70)	10 (7,30)	137(100,0)	1,52	0,218
	Hayır	349 (89,03)	43 (11,97)	392(100,0)		
İzin kullanımı	< 3 hafta	200 (89,29)	24 (10,71)	224 (100,0)	0,21	0,648
	≥ 3 hafta	276 (90,49)	29 (9,51)	305 (100,0)		
Gelecek planı	Meslek Değiştirmek	165 (97,06)	5 (2,94)	170 (100,0)	13,98	<0,001
	Diğer Seçenekler	310 (86,59)	48 (13,41)	358 (100,0)		
Tekrar doktor olur musunuz?	Evet	201 (83,40)	40 (16,60)	241 (100,0)	21,25	<0,001
	Hayır	275 (95,49)	13 (4,51)	288 (100,0)		
Kurum memnuniyeti	Memnun	219 (81,72)	49 (18,28)	268 (100,0)	41,16	<0,001
	Kararsız- Memnun Değil	257 (98,47)	4 (1,53)	261(100,0)		
Toplam		476 (89,98)	53 (11,02)	529 (100,0)		
Mesleki saygınlık	Aynı Kaldı/Daha İyiye Gitti	31 (79,48)	8 (20,52)	39 (100,0)	5,37	0,029
	Daha Kötüye Gitti	444 (90,98)	44 (9,02)	475(100,0)		
Toplam***		475 (90,1)	52 (9,9)	527 (100,0)		

Düşük: İş doyumunu yüzdelerik değer olarak %25 ve altı, Orta: %26–74 arası, Yüksek: %75 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır

\*: Hekimlerin iş doyumunun düşük ve orta düzey bulunanlar düşük-orta olarak gruplandırılmıştır.

ASM: Aile Sağlığı Merkezi; TSM:Toplum Sağlığı Merkezi; HSM:Halk Sağlığı Müdürlüğü

\*\* : Eğitim ki kare değerleri kullanılmıştır.

\*\*\*: Fikrim yok yanıtını veren iki kişi analiz dışında bırakılmıştır.

ASM'de çalışan hekimlerin %7,89'unun iş doyumu yüksekken; TSM/HSM'de çalışan hekimlerin %23,29'unun iş doyumu yüksektir. TSM/HSM'deki hekimlerin yüksek iş doyumu oranı ASM'de çalışan hekimlerden anlamlı olarak daha fazladır ( $\chi^2=16,54$ ;  $p<0,001$ ).

#### IV- WHOQOL-8 Yaşam Kalitesi

Birinci basamak hekimlerinin WHOQOL-8 YK puan ortalamaları 26,47'dir (%95 G.A:26,06-26,88) ve ortalama skorları 3,42'dir. Hekimlerin WHOQOL-8 YK puan ortalamalarının ayrıntıları Tablo 29'da sunulmaktadır.

**Tablo- 29:** Hekimlerin İş ile ilgili bazı özelliklerine göre WHOQOL-8 puan ortalamaları

		WHOQOL-8 puan ortalamaları (%95 G.A)	t, F	p
Cinsiyet	Kadın	26,38 (25,75-27,03)	-0,38	0,706
	Erkek	26,54 (26,04-27,08)		
Yaş	26-39	25,52 (24,36-26,68)	10,99	<0,001
	40-49	26,11 (25,62-26,59)		
	≥ 50	28,51 (27,51-29,50)		
Medeni Durum	Evli	26,58 (26,14-27,04)	1,33	0,85
	Bekar	26,24 (24,69-27,91)		
Çalışılan kurum	ASM	26,20 (25,76-26,64)	5,98	0,003
	TSM	28,79 (27,17-30,41)		
	HSM	27,13 (25,36-28,91)		
Toplam hekimlik süresi	<10 yıl	25,43 (23,15-27,71)	1,43	0,240
	10-20 yıl	26,10 (25,37-26,82)		
	≥ 20 yıl	26,72 (26,20-27,24)		
Şu an çalışılan kurumdaki süre	< 1 yıl	27,58 (26,15-29,01)	1,56	0,211
	1-4 yıl	26,06 (25,18-26,95)		
	≥ 4 yıl	26,45 (25,95-26,95)		
Haftalık çalışma süresi	≤ 40 saat	26,47 (25,99-26,95)	0,05	0,960
	40 + saat	26,45 (25,55-27,34)		

Yönetmel görev	Var	27,33 (26,50-28,02)	0,44	0,009
	Yok	26,11 (25,64-26,60)		
Uzmanlık	Var	29,55 (28,35-30,82)	3,68	<0,001
	yok	26,28 (25,84-26,69)		
İş yükü	Ağır	25,55 (25,05-26,09)	-5,28	<0,001
	Hafif	27,75 (27,13-28,34)		
İzin	< 3 hafta	25,75 (25,12-26,43)	-2,95	0,003
	≥ 3 hafta	27,00 (26,47-27,55)		
Kurum memnuniyet**	Memnun	28,03 (27,46-28,60)	7,94	<0,001
	Memnun Değil	24,86 (24,35-25,43)		

WHOQOL 8:DSÖ yaşam kalitesi ölçeği (8 soru)

\*: İki grup arasındaki ölçüm değerlerinin ortalamaları karşılaştırılırken 't' değeri ikiden fazla grubun ölçüm değerlerinin ortalamaları karşılaştırılırken 'F' değeri kullanılmış, ikiden fazla ölçüm değerlerinin karşılaştırmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığı ise Bonferroni testiyle çözümlenmiştir.

\*\*': 'Çok memnunum' ve 'memnunum' seçeneğini işaretleyenler 'kurumdan memnun'; 'hiç memnun değilim', 'memnun değilim' ve 'ne memnunum ne memnun değilim' seçeneğini işaretleyenler 'memnun değil' olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlar ile erkekler arasında ( $t=-0,38$ ;  $p=0,706$ ) ve evliler ile bekarlar arasında ( $t=1,33$ ;  $p=0,185$ ) YK puan ortalamaları açısından anlamlı fark yokken yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır ve bu fark 40 yaş altı hekimlerle 50 yaş ve üzeri hekimlerin puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır ( $F=10,99$ ;  $p<0,001$ ).

ASM'de çalışan hekimlerin WHOQPL-8 YK puan ortalamaları TSM ve HSM 'de çalışan hekimlerden daha düşüktür ve bu fark ASM ve TSM 'de çalışan hekimlerden kaynaklanmaktadır. Osmangazi, Yıldırım ve Nilüfer ilçelerinde çalışan hekimlerin arasında YK puan ortalamaları açısından anlamlı fark yoktur ( $F=1,94$ ;  $p=0,122$ ).

Yönetmel görevi olan hekimlerin yönetmel görevi olmayan hekimlere göre ( $t=2,62$ ;  $p=0,009$ ) ve uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre YK'sı ( $t=3,68$ ;  $p<0,001$ ) anlamlı olarak daha yüksektir.

İş yükünü ağır olarak tanımlayan hekimlerin WHOQL-8 YK puan ortalamaları hafif olarak tanımlayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür



( $t=-5,28$ ;  $p<0,001$ ).

3 haftadan az izin kullananların hekimlerin WHOQOL-8 YK puanı 3 hafta ve daha fazla izin kullananlara göre anlamlı olarak düşüktür ( $t=-2,95$ ;  $p=0,003$ ).

Hekimlerin aileye yeterli zaman ayırma, mesleği stresli bulma, tekrar doktor olmayı isteme ve aldığı ücretten tatmin olma durumlarına göre WHOQOL-8 YK puan ortalamaları Tablo 30'da sunulmaktadır.

**Tablo- 30:** Hekimlerin aileye yeterli zaman ayırma, mesleği stresli bulma, tekrar doktor olmayı isteme ve aldığı ücretten tatmin olma durumlarına göre WHOQOL-8 puan ortalamaları

		WHOQOL-8 puan ortalaması (%95 G.A)	t	p
Aileye Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Evet	28,58 (28,04-29,09)	9,72	<0,001
	Hayır	24,77 (24,27-25,33)		
Mesleği Stresli Bulma Algısı	Evet	26,22 (25,78-26,68)	-4,13	<0,001
	Hayır	29,51 (27,91-31,17)		
Tekrar doktor olur musunuz?	Evet	27,96 (27,38-28,58)	6,72	<0,001
	Hayır	25,22 (24,68-25,76)		
Ücretten tatmin olma	Evet	28,07 (27,54-28,66)	7,36	<0,001
	Hayır	25,10 (24,59-25,63)		

*WHOQOL 8:DSÖ yaşam kalitesi ölçeği (8 soru)*

YK puan ortalaması; ailesine yeterli zaman ayırdığını belirten hekimlerde ayırmadığını belirten hekimlerden ( $t=9,72$ ;  $p<0,001$ ), hekimlik mesleğini stresli bulmayan hekimlerde mesleği stresli bulan hekimlerden ( $t=-4,13$ ;  $p<0,001$ ), tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak isteyen hekimlerde doktor olmak istemeyen hekimlerden ( $t=6,72$ ;  $p<0,001$ ) ve aldığı

ücretten tatmin olan hekimlerde tatmin olmayan hekimlerden ( $t=7,36$ ;  $p<0,001$ ) anlamlı olarak daha yüksektir.

Hekimlerin hasta/hasta yakını ve yönetici/çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama durumlarına göre WHOQOL-8 YK puan ortalamaları Tablo 31’de sunulmaktadır.

**Tablo- 31:** Hekimlerin hasta/hasta yakını ve yönetici/çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğrama durumlarına göre WHOQOL-8 puan ortalamaları

		WHOQOL-8 puan ortalmaları (%95 G.A)	t	p
Hasta/Hasta Yakını Tarafından Şiddete Uğrama Durumu	Şiddete Uğrayanlar	25,30 (24,72-25,85)	-5,41	<0,001
	Şiddete Uğramayanlar	27,53 (26,98-28,08)		
Yönetici/Çalışma Arkadaşı Tarafından Şiddete Uğrama Durumu	Şiddete Uğrayanlar	25,85 (25,02-26,69)	-1,72	0,086
	Şiddete Uğramayanlar	26,68 (26,13-27,17)		

WHOQOL 8:DSÖ yaşam kalitesi ölçeği (8 soru)

Son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayan hekimlerin WHOQOL YK puan ortalaması uğramayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ( $t=-5,41$ ,  $p<0,001$ ).

YK puan ortalaması, hekimliğin mesleki saygınlığının son on yıl içerisinde daha iyiye gittiğini ve aynı kaldığını düşünen hekimlerde 29,92 (%95 GA:28,59-31,34); daha kötüye gittiğini düşünen hekimlerde ise 26,18’dir (%95 GA:25,73-26,60). Mesleki saygınlığın aynı kaldığını ve daha iyiye gittiğini düşünen hekimlerin YK puan ortalamaları daha kötüye gittiğini düşünen hekimlerden anlamlı olarak daha yüksektir ( $t=4,72$ ;  $p<0,001$ ).

Meslek değiştirmek isteyen hekimlerin YK puan ortalaması 25,19(%95 GA: 24,50-25,86) ve diğer seçenekleri işaretleyen hekimlerin YK

puan ortalamalarından 27,07 (%95 GA: 26,56-27,59) anlamlı olarak daha düşüktür (t=4,23; p<0,001).

Hekimlerin WHOQOL-8 YK puan ortalamalarının ilçelere göre çalıştıkları kurumlar arasında karşılaştırılması Tablo 32’de sunulmaktadır.

**Tablo- 32:** OASM, YASM ve NASM’de çalışan hekimlerin WHOQOL-8 puan ortalamaları

	WHOQOL-8 Puan Ortalaması (%95 G.A)	F	p
OASM	26,63 (25,99-27,27)	1,95	0,144
YASM	25,65 (24,88-26,42)		
NASM	26,13 (25,15-27,12)		

*WHOQOL 8: DSÖ yaşam kalitesi ölçeği (8 soru)*  
*OASM: Osmangazi ilçesindeki aile sağlığı merkezleri;*  
*YASM: Yıldırım ilçesindeki aile sağlığı merkezleri*  
*NASM: Nilüfer ilçesindeki aile sağlığı merkezleri*

OTSM, YTSM, NTSM ve HSM’de çalışan hekimlerin WHOQOL-8 YK puan ortalamaları Tablo 33’de sunulmaktadır.

**Tablo- 33:** OTSM, YTSM, NTSM ve HSM’de çalışan hekimlerin WHOQOL-8 puan ortalamaları

	WHOQOL-8 Puan Ortalaması (%95 G.A)	F	p
OTSM	28,80 (26,71-30,89)	1,59	0.200
YTSM	27,18 (23,15-31,21)		
NTSM	31,29 (27,23-35,34)		
HSM	27,13 (25,36-28,91)		

*WHOQOL 8: DSÖ yaşam kalitesi ölçeği (8 soru)*  
*OTSM: Osmangazi ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri;*  
*YTSM: Yıldırım ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri*  
*NTSM: Nilüfer ilçesindeki toplum sağlığı merkezleri*  
*HSM : Halk sağlığı müdürlüğü*

İlçelere göre her üç ASM’nin kendi arasında (F=1,95 ; p=0,144) ve her üç TSM ile HSM (F=1,59; p=0,200) arasında WHOQOL-8 YK puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur.

İş doyumuna göre WHOQOL-8 puan ortalmaları Tablo 34'de sunulmaktadır.

**Tablo- 34:** Minnesota iş doyum puan ortalamaları ve WHOQOL-8 puan ortalmalarının karşılaştırılması (G.A)

	WHOQOL-8 puan ortalmaları (%95 G.A)		F	p
Minnesota grup	Düşük	13,67 (9,87-17,46)	49,43	<0,001
	Orta	25,98 (25,58-26,38)		
	Yüksek	31,55 (30,20-32,90)		

*WHOQOL 8:DSÖ yaşam kalitesi ölçeği (8 soru)*

İş doyumunu yüksek olan hekimlerin WHOQOL-8 puan ortalamaları iş doyumunu orta ve düşük olan hekimlerin WHOQOL-8 puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir(F=49,43; p<0,001).

İş doyumunu bağımlı değişken olarak alınmış, iş doyumunun yüksek olması referans değer olarak kabul edilmiş ve farklı modellerde lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Model 1'de referans grup olarak kabul edilen değişkenler aşağıdaki gibidir;

- Gelecek planı; meslek değiştirmek dışındaki (aynı yerde çalışmaya devam etmek, başka bir yerde çalışmak, emekli olmak ve uzman olmak) bir seçeneği işaretleyenler,
- Stres; hekimlik mesleğini stresli bulmayanlar,
- Saygınlık; hekimlik mesleğinin son on yıldaki saygınlığını aynı kaldığını ve arttığını belirtenler,
- Hasta şiddet; son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğramayanlar,
- Yaş, cinsiyet ve medeni durum standardize edilmiştir.

Oluşturulan model sonucunda MİD puan ortalamaları;

- Gelecek planı olarak meslek değiştirmek istemeyenlerde 4,16 kat,
- Hekimlik mesleğini stresli bulmayanlarda 5,70 kat,
- Son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğramayanlarda 3,62 kat daha yüksek görülmektedir. Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 35'de sunulmaktadır.

**Tablo- 35:** İş doyumunu için Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

		İş Doyumu			
		B	p	O.R.	%95 G.A
MODEL 1 :*( 526 Kişi)	Gelecek planı	1,42	0,004	4,16	1,59-10,85
	Stres	1,74	<0,001	5,70	2,56-12,71
	Saygınlık	0,28	0,574	1,32	0,50-3,44
	Hasta şiddet	1,29	<0,001	3,62	1,76-7,44
	Yaş&cinsiyet& medeni durum	-0.01	0,172	0,99	0,96-1,01
	Minnesota iş doyumunu (sabit)	-0.22	0,679	0,81	
	* Model Ki-Kare=52,28 SD=5 P<0,001				

Model 2’de referans grup olarak kabul edilen değişkenler aşağıdaki gibidir;

- Ücret; aldığı ücretten tatmin olanlar,
- İzin kullanımı; son bir yıl içerisinde 3 hafta ve daha fazla izin kullananlar,
- Kurum memnuniyeti; Şu anda çalışmakta olduğu kurumdan memnun olanlar
- Tekrar doktor olmak isteme; Tekrar meslek seçecek olduklarında yine hekimlik mesleğini seçmek istediğini belirtenler,
- Yaş, cinsiyet ve medeni durum standardize edilmiştir.

Oluşturulan model sonucunda Minnesota iş doyumu puan ortalamaları;

- Aldığı ücretten tatmin olanlarda 2,55 kat
- Çalışmakta olduğu kurumdan memnun olanlarda 9,46 kat,
- Tekrar meslek seçecek olsa yine doktor olmak isteyenlerde 2,63 kat yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 36’da sunulmaktadır.

**Tablo- 36:** İş doyumu için Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

		İş Doyumu			
		B	p	O.R.	%95 G.A
MODEL 2 :*( 529 Kişi)	Ücret tatmini	0,938	0,007	2,55	1,29-5,24
	İzin kullanımı	- 0,297	0,346	0,74	0,40-1,38
	Kurum memnuniyeti	2,25	<0,001	9,46	3,29-27,18
	Tekrar doktor olmak isteme	0,97	0,006	2,63	1,33-5,27
	Yaş&cinsiyet& medeni durum	-0,01	0,55	0,10	0,97-1,02
	Minnesota iş doyumu (sabit)	1,03	<0,001	2,79	
	* Model Ki-Kare= 67.61 SD=5 P<0.001				

WHOQOL-8 ölçeğinin puan ortalaması 26,47 olarak hesaplanmış ve kesme noktası 26 olarak kabul edilmiştir. Buna göre WHOQOL-8 ölçeğinden 27 puan ve üstünde alanlar referans grup olarak belirlenmiş ve farklı modellerde lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Model 1'de referans grup olarak kabul edilen değişkenler aşağıdaki gibidir;

- Uzmanlık; uzman olanlar,
- Aile zaman; ailesine yeterli zaman ayırdığını düşünenler
- Ücret; aldığı ücretten tatmin olanlar,
- Kurum memnuniyeti; şu anda çalışmakta olduğu kurumdan memnun olanlar,
- Tekrar doktor olmak isteme; tekrar meslek seçecek olduklarında yine hekimlik mesleğini seçmek istediğini belirtenler.

Oluşturulan model sonucunda WHOQOL-8 puan ortalamaları;

- Uzman olanlarda 3,03 kat,
- Ailesine yeterli zaman ayırdığını düşünenlerde 2,80 kat,
- Aldığı ücretten tatmin olanlarda 1,51 kat,
- Tekrar meslek seçecek olsa yine doktor olmak isteyenlerde 2,11 kat
- Çalışmakta olduğu kurumdan memnun olanlarda 2,16 kat yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 37'de sunulmaktadır.

**Tablo- 37:** Yaşam Kalitesi için Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

		Yaşam Kalitesi			
		B	p	O.R.	%95 G.A
MODEL 1 : * (529 Kişi)	Uzmanlık	1,110	0,021	3,03	1,18-7,78
	Aile zaman	1,091	<0,001	2,80	2,02-4,40
	Ücret tatmini	0,41	0,040	1,51	1,02-2,25
	Tekrar doktor olmak isteme	0,75	<0,001	2,11	1,14-3,11
	Kurum memnuniyeti	0,77	<0,001	2,16	1,46-3,19
	WHOQOL-8 (sabit)	-2,64	<0,001	0,72	
	* Model Ki-Kare= 111,94 SD=5 P<0,001				

Model 2' de referans grup olarak kabul edilen değişkenler aşağıdaki gibidir;

- Hasta şiddet; son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmadığını belirtenler
- Gelecek planı; meslek değiştirmek dışında (aynı yerde çalışmaya devam etmek, başka bir yerde çalışmak, emekli olmak ve uzman olmak) bir seçeneği işaretleyenler
- İzin kullanımı; son bir yıl içerisinde 3 hafta ve daha fazla izin kullananlar

Oluşturulan model sonucunda WHOQOL-8 puan ortalamaları;

- Son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğramayanlarda 1,66 kat
- Gelecek planı olarak meslek değiştirmek istemeyenlerde 1,49 kat
- Üç hafta ve daha fazla izin kullananlarda 4,09 kat yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 38'de sunulmaktadır.

**Tablo- 38:** Yaşam Kalitesi için Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

		Yaşam Kalitesi			
MODEL 2 :*(528 Kişi)		B	p	O.R.	%95 G.A
	Hasta şiddet	0,50	0,007	1,66	1,15-2,39
	Gelecek planı	0,83	<0,001	2,30	1,45-3,63
	İzin kullanımı	0,40	0,033	1,49	1,03-2,16
	Minnesota puan ortalaması	1,41	<0,001	4,09	1,90-8,82
	WHOQOL-8 (sabit)	-2,30	<0,001	0,10	
	* Model Ki-Kare= 56,53 SD=4 P<0.001				



## TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmada örneklem seçilmemiştir. BHSM' ne bağlı üç merkez ilçede çalışan hekimlerin tamamı çalışmaya dahil edilmiş ve %92,16'sına (529 kişi) ulaşılmıştır. Çalışmada hekimlerin iş doyum düzeyi ve yaşam kaliteleri ölçülmüş bunlara etki edebileceği düşünülen etmenlerle aralarındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalamaları 45,39'dur. Hekimlerin %69,75'i 40-49 yaş aralığında, %12,29'u 40 yaşın altında ve %17,96'sı 50 yaşın üzerindedir.

Çalışmamızda hekimlerin meslekteki çalışma sürelerinin ortalaması 20 yıldır. Bu bulgu Bursa kent merkezinde çalışan birinci basamak hekimlerinin mesleklerinde deneyimli olduklarını göstermektedir. Çalışmamızda ASM'de çalışan hekimlerin çalışmakta oldukları kurumdaki sürelerinin TSM ve HSM'de çalışan hekimlerden daha uzun olmasının nedeni Bursa'da Aile Hekimliği'ne geçişin 01 Ekim 2009 tarihinde olmasına rağmen TSM ve HSM'lerin kurulma tarihinin ise 19 Mart 2012 olması olabilir. Tözün ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hekimlerin %74'ünün meslekteki toplam çalışma süresi 10-20 yıl iken bizim çalışmamızda hekimlerin %63,52'si 20 yıldan uzun süredir hekimlik yapmaktadır (89).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkındaki Yönetmelik'in 10. maddesi uyarınca aile hekimlerinin haftalık çalışma süresi 40 saattir. Bizim çalışmamızda da bu süre ortalama 41 saat olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bulduğumuz süre, yönetmeliğe, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) ve Avrupa Ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süreleri İle İlgili Avrupa Adalet Divanı Kararları ve Çalışma Süreleri Yönergesi'nin önerdiği haftalık en fazla 48 saatlik sürenin altında bulunmuştur. On bir ülkede yapılan bir çalışmada Almanya ve Kanada haricinde aile hekimlerinin haftalık ortalama çalışma saati 48 saatin

altındadır. (105)

Malatya'da yapılan bir çalışmada tüm hekimlerin %95'i, pratisyen hekimlerin ise %94'ü iş temposunu yoğun olarak tanımlamaktadır (73). Bizim çalışmamızda birinci basamak hekimlerinin %58'i iş yükünü ağır olarak tanımlamaktadır. ASM'de çalışan hekimler TSM/HSM'de çalışan hekimlere oranla, iş yükünü daha ağır; haftalık çalışma süresi 40 saatten fazla olan ve aldığı ücretten tatmin olmayan hekimlerin de üçte ikisi iş yükünü ağır olarak tanımlamaktadır. Yıldız'ın yaptığı çalışmada da hekimlerin yarıya yakını iş yükünü ağır olarak tanımlamıştır (32). Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre birinci basamak sağlık kurumlarında kişi başına yılda hekime başvuru sayısı 2013 yılında 2002 yılına göre yaklaşık 3 kat, hekim sayısı ise 1,4 kat artmıştır. Sağlık Ocağı ve Sağlık Evlerinde çalışan hekim başına 2002 yılında ortalama 4708 kişi düşmekteyken, 2013 verilerine göre Aile Hekimi başına ortalama nüfus 3621'dir. Birinci basamakta çalışan hekim başına ortalama nüfus 2013 yılında 2002 yılına göre azalmış olmasına rağmen hala bir çok Avrupa ülkesinden çok daha fazladır. Danimarka'da aile hekiminin sorumlu olduğu nüfus ortalama 1600 kişiyken, Hollanda'da 2300, İngiltere'de ise 1800 kişidir (107). Onbir yıllık süre içinde hekim başına düşen ortalama nüfus azalırken, hekime başvuru sayısı üç kat artmış ve hekim sayısındaki artış ise çok düşük kalmıştır. Bu bulgu, toplumun daha çok hastalandığını/tedavi edilemediğini ya da sistemle ilgili sorunların olduğunu düşündürmektedir. Kişilerin hekime daha çok başvuru yapmasının yanında aile hekimlerinin ASM'lerde fatura, temizlik, bakım onarım ve sekreteryaya işleriyle uğraşmak zorunda olmaları iş yüklerini artırıyor olabilir. Ayrıca hekimler bu iş yükü altında ailelerine yeterli zaman ayıramamakta, sosyal yaşantıları ve genel yaşam kalitesi bundan olumsuz etkileniyor olabilir. Yapılan çalışmalar iş yükü artışının, hekimleri ücret kaybına uğramamak için işin niteliğinden çok niceliğini artırmaya yönelttiği ve buna bağlı olarak hekimlerin yanlış ilaç yazımı ve tıbbi hata yapmasına yol açtığı bulunmuştur (108-111).

Aile hekimleri 30 Aralık 2010 tarih ve 2010/1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme

Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te" belirtilen hükümler çerçevesinde yıllık otuz gün izin hakkına sahiptir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'na bağlı TSM ve HSM hekimleri ise ilgili kanunun 102'nci maddesi gereği, hizmeti 1 yıldan 10 yıla kadar (on yıl dahil) olanlar için yirmi gün, hizmeti 10 yıldan fazla olanlar için otuz gün yıllık izin hakları vardır. Ancak bizim çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin %42,3'ü kanuni hakları olmasına rağmen üç haftadan az izin kullandığını ve bu kişilerin %76,21'i bu durumun iş ile ilgili nedenlerden dolayı olduğunu belirtmiştir. ASM'lerde en sık izin kullanamama nedeni hekim eksikliğidir ve oranı TSM/HSM 'de çalışan hekimlerden 5 kat daha fazladır. TSM/HSM'de ise en sık izin kullanamama nedeni ücret kaybıdır ve bu oran ASM'de bu nedenden dolayı izin kullanmayan hekimlerin 2 katından fazladır. İstanbul Tabip Odası'nın 2007 yılında yaptığı bir çalışmada yıllık izin haklarını kullanan hekimlerin sayısının %60 olduğu bulunmuştur ve bunun nedeni olarak hekimlerin mali yönden zayıflaması olabileceğinin üzerinde durulmaktadır (12). TTB'nin 2009 yılında yaptığı çalışmada performans sisteminden sonra hekimlerin %73,4'ü izin ve dinlenme sürelerinin azaldığını belirtmiştir (112). ASM hekimlerinin izine ayrılırken yerine görev yapacak birini bulma zorunluluğunun olması; hem ASM hem TSM/ HSM'de çalışan hekimlerin izin kullandıkları zaman ücret kaybına uğruyor olmaları hekimlerin kanuni hakkından çok daha az izin kullanıyor olmalarını açıklayabilir.

Yapılan çalışmalar SDP ve Aile Hekimliği Sistemi'nin hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü, stresi ve etik yozlaşmayı arttırdığını; izin, dinlenme süresi, sosyal hayatlarına ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanı azalttığını göstermektedir (28,112). Kanada'da yapılan bir çalışmada iş yerindeki stresörlerin (iş yükü, çalışma süresinin uzunluğu, duygusal etkilenimler, otonominin sınırlanması) hekimlerin streslerini arttırdığı, depresyon, tükenmişlik, ilişkilerde bozulmaya yol açtığı ve intihar girişimine neden olabileceği belirtilmektedir (6).

Çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin %90'ından fazlası hekimlik mesleğinin saygınlığının son on yılda daha kötüye gittiğini düşünmektedir. TTB'nin 2009 yılında yaptığı bir çalışmada hekimlerin üçte

biri hekimlik mesleğinin toplumda saygın olduğunu düşünmektedir (112). Bizim çalışmamızda mesleğin stresli olduğunu düşünen hekimler düşünmeyen hekimlere göre, son bir yıl içinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayan hekimler de uğramayan hekimlere göre mesleki saygınlığın daha kötüye gittiğini düşünmektedir.

Bu çalışmada, Bursa merkezde birinci basamakta çalışan hekimlerin %50'den fazlası tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak istemediklerini belirtmişlerdir. Karaoğlu ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada aile hekimlerinin %54'ü 'yeniden karar verme olanağı olsa bu kariyeri seçmeyeceğini' belirtmiştir (113). Kurçer ve arkadaşlarının Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hekimlerde yaptıkları çalışmada hekimlerin %43'ü şimdi olsa bu mesleği seçmeyeceğini belirtmiştir (114). Çiçeklioğlu ve arkadaşları birinci basamaktaki piyasa odaklı sağlık reformundan sonra aile hekimleri ile derinlemesine görüşme tekniği kullanarak yaptıkları çalışmada, aile sağlığı merkezlerinin işletme gibi görüldüğünü, hekimlerin iş güvencesizliği ve gelecek kaygısı yaşadıkları belirtmişlerdir (7). TTB'nin yaptığı bir çalışmada da tüm aile hekimlerinin gelecek belirsizliği nedeniyle ciddi kaygılar yaşamakta olduğu bulunmuştur (115). İnsan hayatının önemli bir kısmını oluşturan çalışma hayatının stresli olması ve hekimlik mesleği saygınlığının kötüye gitmesi hekimlerin tekrar doktor olmak istememesine ve meslek değiştirmek istemelerine yol açmış olabilir.

Bizim çalışmamızda birinci basamakta çalışan hekimlerin %51'i aldığı ücretten tatmin olmamaktadır. Malatya merkezde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %65'i mesleğinden kazandığı parayı yeterli bulmamaktadır (73). Bizim çalışmamızda ücret tatmini açısından ASM, TSM ve HSM'de çalışan hekimler arasında anlamlı fark yoktur. Tözün ve arkadaşlarının 2008 yılında Eskişehir'de yaptıkları çalışmada TSM hekimlerinin aldıkları ücretten tatmin düzeyleri ASM hekimlerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur (89). Bu bulguda, aile hekimliği sistemine Eskişehir'de 2006 yılında geçilmiş olması ve aldıkları ücretlerden kesintilerin o zamanlarda daha düşük olması rol oynamış olabilir.

Hekimlerin aile ve iş hayatıyla ilgili çalışmalar son zamanlarda yapılmaya başlanmıştır. Almanya'da yapılan bir çalışmaya göre hekimlerin iş yüklerinin ve günlük çalışma saatlerinin fazla olması iş aile çatışmasına yol açmakta; iş yaşantısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (116). Bizim çalışmamızda, ASM'de çalışan hekimler TSM/HSM'de çalışan hekimlere göre, iş yükünü ağır olarak belirten hekimler hafif-orta olarak belirtenlere göre anlamlı olarak ailelerine daha az zaman ayırdıklarını belirtmektedir.

İş yerinde şiddet sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı en tehlikeli mesleki problemlerden biridir. Son yıllarda hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet artmakta ve bütün ülkelerde alarm vermektedir (110). İngiltere'de 2004 yılında yapılan bir çalışmada şiddetin son yıllarda arttığı gösterilmiştir (118). Bizim çalışmamızda Bursa merkez ASM'lerde çalışan hekimlerin yarıdan fazlası son bir yıl içerisinde hasta/ hasta yakını tarafından şiddete uğramıştır. Bizim çalışmamızda, Winstanley ve Whittington'un İngiltere'de yaptıkları çalışmaya benzer olarak hekimler en fazla sözel şiddete sunuk kalmıştır (116). Balcı ve arkadaşlarının Kayseri'de yaptıkları çalışmada da sağlık çalışanlarının %50'sinin şiddete uğradığı ve sağlık çalışanlarından en fazla şiddete uğrayan meslek grubunun hekimler olduğu bulunmuştur (126). Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarında en çok şiddete uğrayanların acil servis çalışanları olduğunu göstermektedir (117,119,120). Birinci basamak sağlık çalışanlarında şiddetin bu denli yüksek olmasının nedeni hekimlerin iş yükünün artması, toplumda şiddetin artması, Farrel ve arkadaşlarının çalışmalarında buldukları gibi, sağlık sistemlerinin hastaları tüketici gibi görüp hekimle hastaları karşı karşıya getirmesi olabilir (121).

Bu çalışmada hasta/hasta yakınları tarafından şiddete uğrayan hekimlerin üçte ikiye yakını tekrar meslek seçecek olsalar doktor olmak istemediklerini belirtmişlerdir. Buciuniene'nin Litvanya'da birinci basamak sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmaya göre hekimlerin %15'i çocuklarının doktor olmasını istememektedir (87).

Birinci basamakta çalışan hekimlerin dörtte biri yöneticisi ve/veya

çalışma arkadaşı tarafından şiddete uğradığını belirtmiştir. En büyük oranda sözel şiddet olmakla birlikte, hekimlerin %3,0'ı ekonomik şiddete, %4,7'si hem sözel hem ekonomik şiddete ve %0,9'u da üç şiddet türünün hepsine uğradığını belirtmiştir. Yönetici ve/veya çalışma arkadaşları tarafından kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla şiddete uğradığını belirtmiştir. Aytaç ve Dursun'un Türkiye'de sağlık sektöründe çalışan kadınlarda yaptıkları bir çalışmada son bir yıl içerisinde kadınların %50'sinin sözel şiddete uğradığı saptanmışken bizim çalışmamızda bu oran %20'dir (122). Bu çalışmada hekimlerin %7'si ekonomik şiddete sunuk kalmıştır. Çalışmamızda bu konuyla ilgili bir diğer bulgu ise ücretten tatmin olmayan hekimlerin üçte ikisinin yöneticisi ve/veya çalışma arkadaşları tarafından şiddete sunuk kalmalarıdır. Bunda ASM'de çalışan hekimlerin kişi başı ücretlendirilmesi, izne çıktıkları zaman ücret kaybına uğramaları nedenler arasında olabilir. TSM ve HSM'de çalışan hekimlerin ise izine ayrıldıkları zaman ek ödemelerinin kesintiye uğrayacak olması hekimler üzerindeki ekonomik şiddeti açıklayabilir.

### **Minnesota İş Doymu**

İş doymu çağdaş yönetim anlayışının önemli faktörlerindedir. İş doymu her şeyden önce bir sosyal sorumluluk, ahlaki gerekliliktir. Çalışmak kuşkusuz insanlar için bir gereksinimdir. Sağlık nasıl insanın genel fiziksel durumunu gösteriyorsa ve önemli ise, iş doymu da çalışanın genel durumunu yansıtması açısından önemlidir (63).

Çalışmamızda birinci basamakta çalışan kadın ve erkek hekimlerin cinsiyetleri ile iş doymu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde bizim çalışmamızla benzer şekilde arada anlamlı fark bulmayan çalışmalar (78,114,123-124) olmakla birlikte; cinsiyetler arasında anlamlı fark bulan çalışmalar da vardır (31,33,37,70,90,119,123,125).

Çalışmamızda, bir çok çalışmada olduğu gibi, hekimlerin medeni durumu ile iş doymu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (89,114,124,125). Ancak evli olmanın iş doymunu arttırdığı ile ilgili çalışmalar da vardır

(76,119).

Literatürde yaş ilerledikçe iş doyumunun arttığını gösteren çalışmalar vardır (123-127). Bu bulgu Herzberg'in kuramında açıkladığı gibi kişilerin yaşları artıkça deneyim kazandıkları ile ilişkili olabileceği gibi işi tanıma, tecrübe ve işle uyumun artması ile ilişkili olabilir (46). Bizim çalışmamızda sadece 50 yaşın üzerindeki erkek hekimlerin iş doyumunu 40-49 yaş arasındaki erkek hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur, diğer yaş gruplarında ve kadın hekimler arasında böyle bir fark bulunmamıştır.

Bizim çalışmamızda Bursa'da çalışan birinci basamak hekimlerinin MİD puan ortalamaları Musaoğlu'nun Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarında yaptığı çalışmayla benzer ve 59,98 (%95 G.A:58,99- 61,07) olarak bulunmuştur (122). Kurçer ve arkadaşlarının Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekimlerde yaptıkları çalışmada MİD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları bizim çalışmamızdan düşük bulunurken, Bodur'un, Fu'nun ve Özeltin'in yaptıkları çalışmalarda hekimlerin genel iş doyumunu puan ortalamaları bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (58,66,114,127,128). Bu çalışmada hekimlerin büyük kısmının iş doyumunu orta düzeyde bulunmuştur. Çin'de aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak hekimlerin iş doyumunu orta düzeyde bulunmuştur (66).

MİD puan ortalaması Aburge'nin Gana'da kamu sektöründe çalışan hekimlerde yaptığı çalışmasında bizim çalışmamıza benzer, Sharp'ın ABD'de hemşirelerde yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (53,129).

Farklı iş doyum ölçekleri kullanılarak; Kanada'da çocuk doktorlarında yapılan bir çalışmada iş doyumunu yüksek, İngiltere'de aile hekimlerinde ise düşük bulunmuştur (109,130). Bizim çalışmamıza katılan birinci basamak hekimlerinin %10'unun iş doyumunu yüksek, %89,4'ünün orta ve %0,6'sının düşük olarak bulunmuştur. Harran Üniversitesi'nde çalışan hekimlerde yapılan çalışmada bizim çalışmamızdan daha yüksek oranda (%18,5) iş doyumunu yüksek bulunmuştur (114). Hem Türkiye'de hem de diğer ülkelerde yapılan bir çok çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde hekimlerin

büyük kısmının iş doyumu orta düzeyde bulunmuştur (31-32,54,73,89,119,125-126,131). Birinci'nin 1999 yılında Bursa'da yaptığı çalışmada tüm hekimlerin %25,3'ünün iş doyumu yüksek çıkmıştır (124). On beş yıl sonra yapılan bu çalışmada oran %10'a düşmüştür. Her ne kadar Birinci'nin yaptığı çalışmaya sadece birinci basamaktaki hekimler değil tüm hekimler dahil edilmiş olsa da sağlık sistemindeki değişikliklerin bunda etkili olabileceği söylenebilir.

Buciuniene'nin Litvanya'da sağlık reformlarından sonra birinci basamakta çalışan hekimlerle 'İş Betimleme Ölçeği' kullanarak yaptığı çalışmada, hekimlerin en düşük iş doyumu boyutları ücret ve iş yükü olarak bulunmuş (87). Bizim çalışmamızda bulduğumuz gibi, literatürdeki bir çok çalışmada da yapılan iş karşısında alınan ücret, iş doyumunda en düşük skoru almaktadır. (49,111,124,125,132). Çalışmamızda ücret dışında terfi olanakları da Özaltın, Musal ve Behman'ın da bulduğu gibi skoru düşük olan iş doyumu boyutlarındandır (124,127,132). Irak'da yapılan bir çalışmada en düşük iş doyumu alt boyutları takdir edilme, çalışma koşulları ile ast ve üstlerle ilişkiler olarak bulunmuştur (108). İş doyumunun en yüksek olduğu boyutlardan biri ise literatürle uyumlu olarak 'başkaları için bir şeyler yapabilme'dir (49,133). Maslow'un 'Gereksinim Hiyerarşisi Kuramı'nda belirttiği gibi insanların işlerinden doyum sağlayabilmeleri için önce en alt gereksinimler olan fizyolojik ve güvenlik gereksinimlerini karşılayacak yeterli maddi gücü olmalıdır (43). Aynı şekilde literatürde gelir düzeyi yüksek olanların iş doyumunun yüksek olduğuna dair çalışmalar vardır (66,131,133) Aile hekimliği sisteminde her geçen gün olan ücret kesintileri ve terfi edebilme imkanının olmaması hekimlerin iş doyumu düzeylerinin orta düzeyde kalmasını açıklayabilir.

Yapılan bir çok araştırma, meslekte geçirilen uzun süre ve işin aynı yerde sürdürülüyor olmasının kişilerin işi benimseme, tanınma ve işte ilerleme olanaklarını arttırdığını buna bağlı olarak iş doyumunu arttığını göstermektedir (31,33,73,131). Hekimlerin yaşları arttıkça meslekteki toplam çalışma süreleri de artmaktadır. Bu yüzden yaş ve toplam çalışma süresinin birbirinden etkilenmesi beklenmektedir.



Hem Sunter ve arkadaşlarının hem de Musal ve arkadaşlarının bulunduğu gibi, bu çalışmada da meslekteki toplam çalışma süresi ile iş doyumunu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (31,123). Ayrıca bu çalışmada şu an çalışılan kurumdaki süreyle iş doyumunu arasında da anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durum Bursa'da Aile Hekimliği Sistemi'ne 2009 yılında geçilmiş olmasına rağmen Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun ve taşra teşkilatının 2012 yılında kurulması ile açıklanabilir.

Bursa merkezde birinci basamakta çalışan hekimlerin 'içsel doyum' alt boyut puan ortalaması 36,40 (%95 G.A:35,76-37,08), dışsal doyum alt boyut puan ortalaması 23,58 (%95 G.A:23,13-24,06) olarak bulunmuştur. Topçu'nun birinci basamak hekimlerinde yaptığı çalışmada da alt puan ortalamaları bizim çalışmamıza benzerdir (73). Derin'in 2007 yılında Eskişehir'de devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinde yaptığı çalışmada tüm puan ortalamaları bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (132). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da uzman hekimlerin iş doyumunu daha yüksek bulunmuştur (73,132,133). Bunun nedeni 'uzman olduğu konuda otorite oluşu', 'iş yaparken yeteneklerini kullanma ve sergileyebilme şansı olması' olabilir.

Çalışmamızda ASM'de çalışan hekimlerin hem genel hem de dışsal puan ortalaması anlamlı olarak TSM/HSM'de çalışan hekimlerden düşük çıkmıştır. Dışsal iş doyumunu; kurum politikası, denetim şekli, astlarla ilişkiler, ücret ve çalışma koşullarını kapsamaktadır. Aynı zamanda çalışmakta olduğu kurumdan memnun olmayan ve haftada 40 saatten daha fazla çalışan hekimlerin dışsal iş doyum puanlarının düşük olması ASM'lerde artan rekabet ortamı ve çalışma barışının bozulması, esnek ve sözleşmeli çalışma şekli ile açıklanabilir.

Irak'da ve Çin'de yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak haftada 40 saatten fazla çalışanların iş doyumunu daha düşük bulunmuştur (66,108). Çalışanların iş yükünün ağır olması, ücret tatmininin olmaması, izin kullanamaması kişilerin iş doyumlarının azalmasına yol açmış olabilir.

Bizim çalışmamızda yönetsel görev ile iş doyumu arasında anlamlı ilişki bulunmazken, Kurçer ve arkadaşlarının Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekimlerde yaptıkları çalışmada yönetici konumunda olan hekimlerin iş doyumu anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kişilerin çalıştıkları kurumlarda karar verme süreçlerine katılımının iş doyumunu arttırdığı bilinmektedir (85). Ancak aile hekimliği sistemiyle birlikte ASM'lerde aile hekimlerinin bireyselleştiği, ekip hizmeti anlayışının kaybolduğu, TSM'lerle aralarındaki iletişim için bir sözcü seçtikleri ama onun da yönetsel bir görevi olmadığı düşünüldüğünde ASM'de çalışan hekimlerin yönetsel görevi ile iş doyumu arasında ilişki kurmak çok zor görünmektedir (134). İngiltere'de 2004 yılında yapılan bir çalışmada, 2001 yılında aile hekimlerinin kontratlarında yapılan değişiklikler sonucu 1998 yılına göre iş doyumlarının azaldığı, 2004 yılında ise tekrar arttığı görülmüştür. Bu çalışmada iş doyumunun artması, aile hekimlerinin karar verme süreçlerine katılımının artması, ücretlerinin artması, haftalık iş yüklerinin ve iş streslerinin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (85).

Çalışanlar işlerinden memnun olmadıklarında, maddi kaynakları kısıtlı olduğunda, kendisine ve çevresine ayıracak boş zamanları olmadığı işlerini severek yapmaları engellenmektedir (131). Bizim çalışmamızda, çalışmakta olduğu kurumdan memnun olmayan hekimlerin hem genel, hem içsel hem de dışsal puan ortalamaları memnun olan hekimlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yaptığımız lojistik regresyon analizinin sonucunda çalıştığı kurumdan memnun olan hekimlerin iş doyumu yaklaşık 10 kat yüksek bulunmuştur.

TTB'nin 2013 yılında, 51 aile hekimi ve 22 TSM hekimi ile derinlemesine görüşme tekniği ve odak grup görüşme tekniği kullanarak yaptığı çalışmada katılımcıların tamamına yakını aile hekimlerinin kişi başına düşen nüfusunun çok fazla olduğunu, iş yüklerinde artış olduğunu, çalışma sürelerinde işlerini bitiremedikleri için çalışma sürelerinin uzadığını bu durumda hem özel yaşamlarına hem de mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanın kısılmasına yol açtığını vurgulamışlardır. İş yükündeki artış, artan

hasta talepleri, sürekli olarak değişen görev tanımları ve ücretler, gelecek belirsizliği hekimlerin iş stresini artırmaktadır. Yapılan çalışmada AH aldıkları ücretten memnun olduklarını ancak iş yüküyle orantısız olduğunu vurgulamışlardır. Aile hekimliğine geçiş ile birinci basamak iş gücündeki en önemli değişim ekip hizmetinin terkedilmesi olmuş, sağlık ocağı ekibinin görev ve sorumlulukları aile hekimi ile aile sağlığı elemanından oluşan iki kişiye yüklenmiştir (134). Çalışmamızda yaptığımız lojistik regresyon analizi sonucunda işini stresli bulan hekimlerin iş doyumları stresli bulmayanlara göre 6 kat daha düşük bulunmuştur.

Ücret, çalışanların fizyolojik ve güvenlik gereksinimlerini karşılamaya yönelik iş doyumunu etkileyen örgütsel bir gerekliliktir. Kişilerin yaptıkları iş karşılığında aldıkları ücretten tatmin olması iş doyumunu etkilemektedir (131). Çalışmamıza katılan hekimlerin yarısından azı aldığı ücretten tatmin olduğunu belirtmektedir. Uzman hekimlerin %74,19'u, pratisyen hekimlerin de %44,17'si aldığı ücretten memnundur. Topçu'nun yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan daha düşük olarak, hekimlerin %21,8'i aldığı ücretten memnundur. Aynı çalışmada uzman hekimlerin %30,3'ü pratisyen hekimlerin de %15,1'i ücretten tatmin olduğunu belirtmiş ve hem pratisyenlerin hem uzmanların aldıkları ücretten tatmin düzeyi daha düşük bulunmuştur (73). Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda aldığı ücretten tatmin olmayan hekimlerin iş doyumları daha düşüktür (30,73,76,119,123-125). Çalışmamızda oluşturulan model sonucunda ücret tatmininin iş doyumuna olumlu etki yaptığı ve ücretten tatmin olanlarda iş doyumunun 2,5 kat fazla bulunduğu gösterilmiştir. Tözün'ün birinci basamak hekimlerinde yaptığı çalışmada da aldığı ücretten memnun olan hekimlerin iş doyumları olmayan hekimlerden anlamlı olarak daha yüksektir. Kişinin temel ihtiyaçları olan ücret ve güvenlik iş doyumunun sağlanmasında temel gereksinimleridir. Wroom'un beklenti teorisinde bahsettiği üzere çalışanlar gösterdikleri performans sonucunda ücret ve yükselme olarak ödüllendirmeyi beklerler (49). Bireyin iş başarısı ve tatmin olma derecesi çalıştığı ortamla ilgili algıladığı eşitlik algısına da bağlıdır. Siegrist'in ödül çaba dengesizliği; kronik stres, aşırı efor ve düşük kazanım (ücret, kabul edilme ve kariyer olanağı) arasındaki dengesizlik

sonucu oluşur. Bir çok araştırma bu dengesizlik sonucu fiziksel ve ruhsal hastalıkların arttığını ve doktorların daha fazla ilaç yazdığını ve daha fazla medikal hata yaptığını göstermektedir (110,116,).

Bizim çalışmamızda son bir yıl içerisinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayan hekimlerin iş doyumunu uğramayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Aynı şekilde yönetici/çalışma arkadaşı tarafından şiddete sunuk kalan hekimlerin iş doyumunu daha düşük bulunmuştur. Yaptığımız lojistik regresyon analizine göre hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayan hekimlerde iş doyumunu yaklaşık 4 kat daha düşüktür.

Geleceğe yönelik plan olarak meslek değiştirmek isteyen hekimlerin MID puanı anlamlı olarak daha düşüktür. Yapılan lojistik regresyon modellemesine göre; meslek değiştirmek isteyen hekimlerin iş doyumunu 4 kat daha düşük bulunmuştur. Tözün ve arkadaşlarının aile hekimleriyle yaptıkları çalışmada işi bırakmayı sık sık düşünen hekimlerin iş doyum düzeyleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (89). Musal ve Ergin'in pratisyen hekimlerde yaptıkları çalışmada ise pratisyen hekimlerin %10,4'ünün mesleği bırakma düşüncesinde olduğu ve bu hekimlerin çoğunun mesleki doyumlarının düşük olduğu bulunmuştur (125). Birinci'nin 1999 yılında Bursa'da çalışan hekimlerle yaptığı çalışmasında hekimlerin yarısından azı meslek seçiminin doğru olduğunu düşünmektedir (124). Hekimliğin mesleki saygınlığının son on yıl içerisinde daha kötüye gittiğini düşünen hekimlerin MID puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşüktür.

### **WHOQOL-8 (EUROHIS) Yaşam Kalitesi**

Günümüzde insanların çalışma sürelerinin uzaması, esnekleşmesi ve güvencesizliği, kişilerin hem işlerinde hem de evlerinde sorumluluklarının artmasına yol açmıştır. Kişilerin sorumluluklarının ve birbirleriyle olan ilişkilerinin artması, karmaşıklaşması sosyal yaşantılarına yansımakta ve ruh sağlığını zorlayıcı bir etki yaratmaktadır. Hekimlik; kişiler arası ilişkilerin çok fazla ve yakın olduğu bir meslek grubudur (135). Hekimlerin yaşam kaliteleri hem onların kendi iyilik halleri hem de bakım verdikleri hastaların hizmet

kalitesi açısından önemlidir. DSÖ'nün 1948'de, tanımladığı gibi sağlık "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir" ve sağlıkla ilişkili iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalar giderek önem kazanmaktadır (96).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genel yaşam kalitesi ya da özel bir hastalıkla ilgili olabilmektedir. Dünyada ve ülkemizde bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Ancak bizim çalışmamızda yaşam kalitesini ölçmek için kullandığımız DSÖ'nün en kısa formu olan WHOQOL 8 YK ölçeği ile ilgili literatürde yeterli çalışma yoktur. Söz konusu ölçek yeni bir ölçek olduğundan literatürdeki çalışmalar geçerlik güvenilirlik çalışmaları ve bazı hasta gruplarıyla sınırlıdır. Bu yüzden bu araştırma bulgularının doğrudan karşılaştırılması mümkün görülmemektedir. Tartışma, hekimler ve sağlık çalışanları üzerinden WHOQOL BREF ve WHOQOL 100 üzerinden yapılacaktır.

Bursa merkezde çalışan birinci basamak hekimlerinin WHOQOL-8 yaşam kalitesi puan ortalamaları 26,47'dir (%95 G.A:26,06-26,88). Ortalama skorumuz WHOQOL-8'in Türkiye'de yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasıyla benzer bulunmuştur (102). Musaoğlu, Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarında WHOQOL Bref kullanarak yaptığı çalışmasında YK'ni bizim çalışmamızdan daha düşük bulmuştur (131). Tzeng ve arkadaşlarının Tayvan silahlı kuvvetlerindeki sağlık çalışanlarında WHOQOL-Bref kullanarak yaptıkları çalışmada hekimlerin yaşam kaliteleri bizim çalışmamızdan daha düşük olarak bulunmuştur (136).

Bizim çalışmamızda kadınlarla erkekler arasında anlamlı fark bulunmamış olmasına rağmen literatürde cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında farklılık olduğunu gösteren araştırmalar vardır (76,131,137).

Ünal ve arkadaşlarının WHOQOL Bref kullanarak yaptıkları çalışmada da 40 yaşın üzerindeki hekimlerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (76). Bu çalışmada da 50 yaşın üzerindeki hekimlerin yaşam kalitesi puanları diğer yaş gruplarındaki hekimlerin yaşam kalitesi puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Meslekteki toplam çalışma süresi ve şu an çalışmakta oldukları

bölümdeki çalışma süreleri arttıkça YK'nin arttığını gösteren çalışmalar olmasına rağmen bizim çalışmamızda çalışma süresiyle yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (131).

ASM 'de çalışan hekimlerin WHOQL-8 YK puan ortalamaları TSM ve HSM'de çalışan hekimlerden daha düşüktür.

Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre WHOQL-8 YK puan ortalamaları daha yüksektir (139-140).

Hekimlerin yaşam kalitesi, sundukları hizmetin kalitesini de önemli ölçüde etkileyebilmektedir (6,77,110,138). Bu nedenle yaşam kalitesini kötü yönde etkileyen etmenlerin ortadan kaldırılması ve yaşam kalitelerinin artırılması önemlidir. Literatürde gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmalar vardır (77,131,138-140). Literatürde iş doyumunu ve ücret tatminiyle ilgili bir çok araştırma yapılmış olup sonuçlar bizim çalışmamızda bulduğumuz gibi ücret tatmininin hem iş doyumunu hem de yaşam kalitesini etkilediği yönündedir (139).

Fortune'nin Kanada'da sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada; iş yaşamındaki zorluklar, çalışma arkadaşları ve üstleriyle olan ilişkileri sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini etkilemektedir (139). ABD yapılan başka bir çalışmada da hekimler için çalışma arkadaşlarının desteğinin önemli olduğu, iş arkadaşlarıyla ilişkileri iyi olan ve destek gören hekimlerin tükenmişliklerinin daha düşük, yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (116). Türkiye'de aile hekimlerinin hasta kaybı ve dolayısıyla ücret kaybı baskısı altında olmaları hekimler arasında rekabet ortamının artmasına ve ekip anlayışının yok olmasına yol açmıştır (134).

Bizim çalışmamızda mesleğini stresli bulan hekimlerin YK puan ortalamaları bulmayanlara göre düşük bulunmuştur. İşçilerde yapılan bir çalışmada iş yükü arttıkça yaşam kalitesi puan değerlerinin düştüğü saptanmıştır (77). Çin'de hemşirelerde yapılan bir çalışmada, pediatri bölümünde çalışan hemşireler stresin kaynaklarını; iş yükü, çalışanlar arasında zayıf iletişim, işin karmaşık yapısı, çalışma saatleri, yetersiz personel ve işte yetersiz terfi olanakları olarak tanımlanmıştır (141).

Hekimlerin, son dönemlerde artan şiddete maruz kalmaları, düşük gelir elde etmeleri, daha çok ve risk alarak çalışmaya itilmeleri nedeniyle psikolojik sorunları giderek artmakta ve depresyon, alkolizm ve genel psikolojik stres ve sorunları toplum ortalamalarının üstüne çıkmaktadır. Yoğun stres altında çalışmak, sağlık çalışanlarını ruhsal olarak etkileyebilmekte ve bu durum yaşam kalitelerine olumsuz yansiyabilmektedir (138). Bu çalışmada yaşam kalitesi puan ortalaması, mesleğini stresli bulan hekimlerde bulmayanlara göre ve iş yükünü ağır bulan hekimlerde hafif bulan hekimlere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda birinci basamakta çalışan hekimlerin yaşam kalitesi hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayanlarda uğramayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada yaptığımız lojistik regresyon analizine göre hekimlerin ücretten tatmin olmaları, ailelerine yeterli zaman ayırabilmeleri ve çalıştıkları kurumdan memnun olmaları yaşam kalitesini arttırmaktayken; meslek değiştirmek istemeleri, hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğramak ve üç haftadan az izin kullanılmak yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Çalışmamızda hekimlerin iş doyumları yüksek bulunmamıştır. Ancak hekimlerin yarısından fazlasının tekrar meslek seçecek olduklarında doktor olmak istemeleri hekimlik mesleğinin hala çok sevilen bir meslek olduğunu düşündürebilir. Ayrıca yapılan lojistik regresyon modellemelerinde, tekrar meslek seçecek olduklarında yine doktor olmak isteyen hekimlerin hem yaşam kalitesi hem de iş doyumunu doktor olmak istemeyenlere göre 2 kat daha fazla bulunmuştur.

Literatürle uyumlu olarak iş doyumunu düşük olan hekimlerin yaşam kalitesi düşüktür (76,88,131,139). Bu çalışma Bursa il merkezinde birinci basamak hekimlerin iş doyumları artıkça yaşam kaliteleri düzeylerinin de arttığını göstermektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda hekimlerin %89'unun iş doyumunu orta düzeyde bulunmuştur.

İş doyumunu ve yaşam doyumunu karşılıklı etkileşim içindedir. Bireyin iş doyumunun artırılması yaşam doyumuna ve mutluluğuna katkıda

bulunacaktır. Bu çalışmada, Bursa il merkezinde çalışan birinci basamak hekimlerin iş doyumları artıkça yaşam kaliteleri düzeylerinin arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda üç hafta ve daha fazla izin kullabilme ile ücret tatmini hem iş doyumunu hem de yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda birinci basamak hekimlerinin yarısından fazlası şiddete uğradığını belirtmektedir. Topluma sağlık hizmeti sunan tüm sağlık çalışanlarının güvenli bir ortamda çalışmaları en temel haklarıdır. Maslow'un gereksinim hiyerarşisi kuramında belirtildiği temel ve güvenlik gibi gereksinimler sağlanmadan iş doyumunun sağlanması olası değildir. Hekimlerin özlük hakları korunacak şekilde ücret artışlarının sağlanması, hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğramasının engellenmesi ve yasal hakları olan izin hakkının ücret kaybı kaygısı yaşamadan kullanabilmeleri için gerekli yasal düzenlemelerinin yapılması hekimlerin iş ve yaşam kaliteleri açısından son derece önemlidir.



## KAYNAKLAR

1. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006;20:157-64.
2. Bulut N. Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar. 1. Baskı. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık; 2009.
3. Demiral Y. Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi, İş Doyumu ve Mesleki Riskler. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2006;28:26-31.
4. Boratav K. Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması: Neoliberal Tezler. 2. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongre Kitabı. Ankara;2001:9.
5. Demiral Y, Ergör A, Şemin S. Küreselleşme ve Sağlık İş Kolunda Yeni Çalışma Yaşamı Sorunları. Toplum ve Hekim 1999;14:415-19.
6. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician Wellness: A Missing Quality Indicator. Lancet 2009;374:1714-21.
7. Çiçeklioglu M, Öcek ZA, Turk M, Taner S. The Influence of a Market-Oriented Primary Care Reform on Family Physicians Working Conditions: A Qualitative Study In Turkey. Eur J Gen Pract 2014;11:1-6.
8. Tulchinsky TH, Varavikova EA (eds). The New Public Health. 2th edition. USA: Elsevier Inc; 2009.
9. Detels R, Gulliford M, Karim AQ, Tan CC. Oxford Textbook of Public Health. In: Yeoh EK (eds). Governance and Management of Public Health Programmes. 6th edition. United Kingdom: Oxford University Press; 2015. 790-806.
10. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) İçinde: Dirican R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. 2. Baskı. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi; 1993. 571-83.
11. Kılıç B. Türkiye İçin Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları. TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6:501-14.
12. Demirdizen H, Akalın A. Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar - II- Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul: Can Matbaacılık; 2009.
13. Pala K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu. Şubat 2007 Bursa. <https://docs.google.com/file/d/0B1uPmG61ZGd0SHYyRHR5VUVGQ0k/edit?pli=1> (Erişim: 21.05.2015).
14. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No: 224. Kabul Tarihi: 05.01.1961. Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 12.01.1961, Sayı: 10705.
15. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004. Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 09.12.2004, Sayı: 25665.
16. Öztekin Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25:1-6.
17. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete’de Yayımlanma Tarihi: 25.01.2013, Sayı: 28539.
18. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Kabul Tarihi: 11.10.2011 Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 02.11.2011, Sayı: 28103.

19. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Resmi Gazete'de Yayımlandığı Tarih: 05.02.2015, Sayı: 29258.
20. Türkiye'de Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html> (Erişim: 08.05.2015).
21. Akgün D, Eser E. Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). Türkiye Sağlık Raporu. 1. Baskı. Edirne: Trakya Üniversitesi Matbaası; 2014. 734-47.
22. Gül SS, Ergun AD. Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar, Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu, Denizli 2010.
23. Pala K. Sağlık Politikası. İçinde: Ertem M, Çan G (editörler). Türkiye Sağlık Raporu. 1. Baskı. Edirne: Trakya Üniversitesi Matbaası; 2014. 722-33.
24. Visser RM, Smets MA, Oort FJ, Haes HC. Stress, Satisfaction and Burnout Among Dutch Medical Specialists. CMAJ 2003;168:271-5.
25. Akdağ R. Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No:713, 2007.
26. Sayan İÖ, Küçük A. Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 2012;67:171-203.
27. Kılıç B. AKP, Aile Doktorluğu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (10 Soru 10 Yanıt). Toplum ve Hekim 2003; 2:120-2.
28. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları ve ilişkili Faktörler. Türk Aile Hek Derg 2014;18: 121- 32.
29. Kuşdil ME, Bayram N, Aytaç S, Bilgel N. Çalışma Yaşamında Bireylerin Yaptıkları İşe İlişkin Duygularının İş Stres Tepkileri Üzerine Etkisi. Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2004;6:207-16.
30. Aytaç S. Çalışanların İşlerine İlişkin Duygularının Stres Tepkileri Üzerindeki İlişkisi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası 2006;55:833-52.
31. Musal B, Elçi ÖÇ, Ergin S. Uzman hekimlerde Mesleki Doyum. Toplum ve Hekim 1995;10:2-7.
32. Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakültesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumu. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2003;66:34-41.
33. Piyal YB, Piyal B, Çelen Ü, Şahin N. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Farklılıklarının Hastaneler ve Meslekler Temelinde Çözümlemesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2000;53:241-50.
34. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. JAMA Jan 2003;289(4):442-9.
35. Schultz D, Schultz S. Psychology and Work Today. In: Motivation, Job Satisfaction and Job Involvement. 9th edition. New Jersey: Pearson&Practice Hall; 2006:219-52.
36. Luthans F. Organisational Behavior, An Evidence-Based Approach. 12<sup>th</sup> edition. Singapore: McGraw-Hill Irwin Inc; 2011.

37. Aksayan S. Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkenlerinin İrdelenmesi (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi;1990.
38. Locke EA. The Nature and Causes of Job Satisfaction. In: M.D. Dunnette (ed). Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand Mc Nally College Publishing Company; 1976. 1297-343.
39. Muchinsky PM. The Emotions in the Workplace: The Neglect Incubator of Organizational Behavior. J Organiz Behav 2000;21:801-5.
40. Barutçugil İ. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Kariyer Yayıncılık; 2004.
41. Spector PE. Job Satisfaction: Application, Assesment, Causes, and Consequences. California: Thousand Oaks; 1997.
42. Yelboğa A. Bireysel Demografik Değişkenlerin İş Doyumu İle İlişkisinin Finans Sektöründe İncelenmesi. Sosyal Bilimler Dergisi 2007;4:1-18.
43. Çetinkanat C. Örgütlerde Güdülenme ve İş Doyumu. Ankara: Anı Yayıncılık; 2000.
44. Maslow AH. A Theory of Human Motivation, Classics in the History of Psychology. Originally Published in Psychological Review 1943;50:370-96.
45. Wall TD. Stephenson GM. Herzberg's Two-Factor Theory of Job Attitudes: A Critical Evaluation and Some Fresh Evidence. <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=8b6d0885-cc57-4952-a7ea-fca6a0dcadaa%40sessionmgr110&hid=104> (Erişim: 05.01.2015)
46. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The Motivation to Work. 2th edition. New York: John Wiley&Sons Inc; 1959: 40-96.
47. Hackman JR, Oldham GR. Motivation Through the Design of Work: Test of a Theory. Organisational Behavior and Human Performance 1976;16:250-79.
48. Hackman JR, Oldham GR. How Job Characteristics Theory Happened. In: Smith KG, Hitt MA (eds). The Oxford Handbook of Management Theory: The Process of Theory Development. Oxford, UK: Oxford University Press; 2005:151-170.
49. Vroom VH. Work and Motivation. New Jersey: John Willey&Sons Inc; 1964.
50. Locke EA, Latham GP, Erez M. The Determinants of Good Commitment. Academy of Management Review 1998;33:23-9.
51. Verquer ML, Beehr TA, Wagner SH. A Metaanalysis of Relations Between Person Organization Fit and Work Attitudes. Journal of Vocational Behavior 2003;63:473-89.
52. Martin U, Schinke SP. Organizational and Individual Factors Influencing Job Satisfaction and Burnout of Mental Health Workers. Soc Work Health Care 1998;28:51-62.
53. Robbins SP, Judge TA. Organizational Behavior, 14. Basımdan Çeviri (Çev. ed: Erdem İ.) 2013;71-98.
54. Abugre JB. Job Satisfaction of Public Sector Employees in Sub-Saharan Africa: Testing the Minnesota Satisfaction Questionnaire in

- Ghana. *International Journal of Public Administration* 2014;37:655-65.
55. Mc Cormik EJ, Tiffin J. *Industrial Psychology*. New Delhi: Prentice Hall; 1974.
  56. Donald PM, Pandey SK. Finding Workable Levers over Work Motivation. *Administration and Society* 2007;39:803-32.
  57. Söylemez D. Sağlık Personelinin İş Doymu İle İlgili Bir Metaanalizi Çalışması (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2000.
  58. Fu J , Sun Y, Yang L, Wang L. Improving Job Satisfaction in Chinese Doctors: The Positive Effects of Perceived Organizational Support and Psychological Capital. *Public Health* 2013;127:946-51.
  59. Van Der Westhuizen DW, Pacheco G, Weber DJ. Culture, Participative Decision Making and Job Satisfaction. *The International Journal of Human Resource Management* 2012;23:2661–79.
  60. Çelik H, Hisar F. The influence of the Professionalism Behaviour of Nurses Working in Health Institutions on Job Satisfaction. *Int J Nurs Pract* 2012;18:180-7.
  61. Park SM, Rainey HG. Work Motivation and Social Communication Among Public Managers. *The International Journal of Human Resource Management* 2012;23:2630-60.
  62. Spreitzer GM, Kizilos MA, Nason SW. A Dimensional Analysis of the Relationship Between Psychological Empowerment and Effectiveness, Satisfaction, and Strain. *Journal of Management* 1997;23:679-704.
  63. Kaarna M, Pölluste K, Lepnurm R, Thetloff M. The Progress of Reforms: Job Satisfaction in a Typical Hospital in Estonia. *Int J Qual Health Care* 2004;16:253-61.
  64. Darwish AY. Organizational Commitment: a Mediator of the Relationships of Leadership Behavior with Job Satisfaction and Performance in a non-Western Country. *Journal of Managerial Psychology* 2000;15:6-24.
  65. Yavaş Ö. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş doymu ve Örgütsel Gereksinimlerine İlişkin Bir İnceleme (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 1993.
  66. Ge C, Fu J, Chang Y, Wang L. Factors Associated with Job Satisfaction Among Chinese Community Health Workers: a Cross-sectional Study. *BMC Public Health* 2011;11:884-97.
  67. Vandenaabeele W. The Mediating Effect of Job Satisfaction and Organizational Commitment on Self-reported Performance: More Robust Evidence of the PSM–performance Relationship. *International Review of Administrative Science* 2009;75:11-34.
  68. Hartman SC, Yrle AC. Can the Hobo Phenomenon Help Explain Voluntary Turnover? *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 1996;8:11-6.
  69. Sarker JH, Crossman A, Chinmettepituck P. The Relationships of Age and Length of Service with Job Satisfaction: An Examination of Hotel Employees in Thailand. *Journal of Managerial Psychology* 2003;18, 745-58.
  70. Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakültesinde Çalışan Hekimlerde İş Doymu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 2003;66:34-

- 41.
71. Aslan H, Aslan O, Kesepara C, Alparslan, ZN, Ünal M. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği. *Düşünen Adam* 1998;11:4-8.
72. Erigüç G. Sağlık Personelinin Kişisel Özelliklerine Göre İş Doyumu Üzerine Bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2000;5:7-39.
73. Topçu MÜ. Malatya İl Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler (Doktora Tezi). Malatya: Malatya Üniversitesi; 2009.
74. Sibbald B, Bojke B, Gravell H. National Survey of Job Satisfaction and Retirement Intentions Among General Practitioners in England. *BMJ* 2002;326:1-4.
75. Özdemir M. Sağlık Çalışanlarının Sorunları. *Toplum ve Hekim* 1999; 14:402-11.
76. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2001;4:113-8.
77. Lerner DJ, Levine S, Malspeis S, Dagostino RB. Job Strain and Health Related Quality of Life in a National Sample. *Am J Public Health* 1994; 84:1580-5.
78. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006; 16(1): 9-14.
79. Schmitt N, Bedeian AG. A Comparison of LISREL and two-stage Least Squares Analysis of a Hypothesized Life–Job Satisfaction Reciprocal Relationship. *Journal of Applied Psychology* 1982;67:806-17.
80. Taşdemir G. Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 1999.
81. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental Health of Hospital Consultants: the Effects of Stress and Satisfaction at Work. *Lancet* 1996;347:724-8.
82. Brookings JB, Bolton B, Brown CE, McEvoy A. Self-reported Job Burnout among Female Human Service Professionals. *J Occup Behav* 1985;6:143-50.
83. Aksu G, Acuner AM, Tabak RS. Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma (Ankara Örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2002;55:271-82.
84. İnce Ö. İş Tatminine Etki Eden Başlıca Faktörler ve Uygulamadan Bir Örnek (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2003.
85. Whalley D, Bojke C, Gravelle H, Sibbald B. GP Job Satisfaction in View of Contract Reform: A National Survey. *British Journal of General Practice* 2006;56:87–92.
86. Kurt M, Yüksel İ, Yüksel M. Hekimlerin İş Güçlüğü Faktörlerinin Belirlenmesi ve İş Doyumu, İş Gerilimi, Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi. *Toplum ve Hekim* 1997;12:2-8.
87. Buciuniene I, Blazeviciene A, Bliudziute E. Health Care Reform and Job

- Satisfaction of Primary Health Care Physicians in Lithuania. BMC Family Practice 2005;6:10-6.
88. Petterson IL, Hertting A, Hagberg L, Theorell T. Are Trends in Work and Health Conditions Interrelated? A Study of Swedish Hospital Employees in the 1990s. J Occup Health Psychol 2005;10:110-20.
  89. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basmak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu. TAF Prev. Med. Bull 2008;7:377-84.
  90. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of Burnout and Job Satisfaction among Turkish Physicians. QJM 2006;99:161-9.
  91. The WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. Social Science and Medicine 1998;46:1569-85.
  92. Carr JA, Gibson B, Robinson PG. Measuring of Life is Quality of Life Determined by Expectations or Experience. BMJ 2001;322:1240-3.
  93. The WHOQOL Group: What Quality of Life. World Health Forum 1996;17:354-6.
  94. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life. The Oncologist 2002;7:120-5.
  95. Katschnig H. Schizophrenia and Quality of Life. Acta Psychiatr Scand 2000;102: 33-7.
  96. Testa MA, Donald C, Simonson DC. Assessment of Quality of Life Outcomes. New England Journal of Medicine 1996;334:835-40.
  97. <http://bhsm.gov.tr> (erişim:20.05.2015)
  98. Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. Minneapolis, MN: University of Minnesota Industrial Relations Center; 1967.
  99. Baycan A. An Analysis Of Several Aspects Of Job Satisfact on Between Different Occupational Groups (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1985.
  100. The WHOQOL Group: What Quality of Life. World Health Forum 1996; 17:354-6.
  101. EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. Amsterdam: IOS Press; 2003.
  102. Eser E, Lağarlı T, Baydur H ve ark. EUROHIS (WHOQOL-8.TR) Türkçe Sürümünün Türk Toplumundaki Psikometrik Özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010;8.
  103. Schmidt S, Muhlan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item Index: Psychometric Results of a Cross-cultural Field Study. Eur J Public Health 2006;16:420-8.
  104. Eser E, Fidaner H, Yalçın ES, Elbi E, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref' in Psikometrik Özellikleri. 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi 1999;7:23-41.
  105. Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joss S, Sawicki PT. The German Health Care System in International Comparison: the Primary Care Physicians Perspective. Dtsch Arztebl Int 2011;108:255-61.
  106. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 ve 2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html>.

- (Erişim:21.05.2015).
107. Tay Z, Tuncal AN, Atasoylu G, Sertel M, Köroğlu G. Manisa İlinde Aile Hekimlerinin 2011 Yılındaki İş Yükü ve İnsan Gücünün Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18:5-15.
  108. Jadoo S, Aljunid S, Dastan I et al. Job Satisfaction and Turnover Intention among Iraqi Doctors- a Cross-sectional Multicenter Study. *Human Resources for Health* 2015;13:21.
  109. Thompson HV, Lavancy M, Connely I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental Health, Job Satisfaction, and Intention to Relocate. *CFP* 2001;47:737-44.
  110. Klein J, Frie KG, Blum K, Siergrist J, dem Knesebeck OV. Effort-reward Imbalance, Job Strain and Burnout among Clinicians in Surgery. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010;60:374-9.
  111. Tunç B, DüNDAR P, Yalçın N ve ark. Manisa İlinde Kentsel ve Yarı Kentsel İki Ayrı Bölgede 1-6 Yaş Arası Çocukların İzlem Niteliklerinin Değerlendirilmesi. 17. UHSK; Edirne; 2014.
  112. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Hekimlerin Değerlendirilmesi İle Performansa Dayalı Ödeme: Ankara; 2009.
  113. Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile Hekimlerinde Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyi: Bir Vaka Kontrol Çalışması. *Türk Aile Hek Derg* 2009;13:211-4.
  114. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;2:10-5.
  115. Hickson C, Oshagbemi T. The Effect of Age on the Satisfaction of Academics with Teaching and Research. *International Journal of Social Economics* 1999;26:537-44.
  116. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM et al. Work-home Conflicts Have a Substantial Impact on Career Decisions That Affect the Adequacy of the Surgical Workforce. *Arch Surg* 2012;147:933-9.
  117. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire. Geneva;2003 [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf) (Erişim:15.05.2015).
  118. Winstanley S, Whittington R. Aggression Towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation among Professions and Departments. *J Clin Nur* 2004;13:3-10.
  119. Havle N, İlnem MC, Yener F, Gümüş H. İstanbul'da Çalışan Psikiyatristelerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. *Düşünen Adam* 2008;21;4-13.
  120. Keser ÖN, Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri Sci* 2011;31:142-6.
  121. Farrell GA, Bobrowski P. Scoping Workplace Aggression in Nursing: Findings from an Australian Study. *J Adv Nurs* 2006;55:778-87.
  122. Aytaç S, Dursun S. Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası* 2013;71:67-78.
  123. Sunter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde

- Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyum Düzeyleri. Genel Tıp Derg 2006;16:9-14.
124. Birinci N. Bursa'da Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu ve Etkileyen Etmenler (Doktora Tezi). Bursa:Uludağ Üniversitesi; 1999.
  125. Musal B, Ergin S. Pratisyen Hekimlerde Mesleki Doyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Toplum ve Hekim 1993:22-5.
  126. Balcı E, Gün İ, Şenol V, Yağmur F, Öksüzkaya A. Bir Grup Başkanlığı Bölgesi'nde Sağlık Personelinin Şiddete Maruziyetleri ve İş Memnuniyetleri. TAF Prev Med Bull 2011;10:13-8.
  127. Özaltın H, Kaya S, Demir C, Özer M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görev Yapan Muvazzaf Tabiplerinin İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2002;44:423-7.
  128. Bodur S. Job Satisfaction of Health Care Staff Employed at Health Centers in Turkey. Occup Med Vol 2002;52:353-5.
  129. Sharp TP. Job Satisfaction among Psychiatric Registered Nurses in New England. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008; 15:374-8.
  130. Bennet S, Plint A, Cliffford TJ. Burnout, Psychological Morbidity, Job Satisfaction and Stres: a Survey of Canadian Hospital Based Child Protection Professionals. Arch Dis Child 2005;90:1112-6.
  131. Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
  132. Derin N. Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyi ve Etkileyen Etmenler (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi; 2007.
  133. Behmann M, Schmiemann G, Lingner H et al. Job Satisfaction among Primary Care Physicians: Results of a Survey. Dtsch Arztebl Int 2012; 109:193-200.
  134. Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü. Ankara: TTB Yayınları; 2013.
  135. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. J Occup Behav 1981;2:99-113.
  136. Tzeng DS, Chung WC, Fan PL, Lung FW, Yang CH. Psychological Morbidity, Quality of Life and Their Correlations among Military Health Care Workers in Taiwan. Industrial Health 2009;47:626-34.
  137. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg 2004;30:81-5.
  138. Firth-Cozens J. Interventions to Improve Physicians' Well-being and Patient Care. Soc Sci Med 2001; 52:215-22.
  139. Fortune D. An Examination of Work Life and Quality of Care within a Health Care Setting. A Thesis For The Degree of Master of Arts. Canada: University of Waterloo; 2006.
  140. Akpınar E. Hekimlerin Yaşam Kalitesi. J Fam Med-Special Topics 2014;5:131-4.
  141. Callaghan P, Tak-Ying S, Wyatt P. Factors Related to Stress and Coping among Chinese Nurses in Hong Kong. J Adv Nurs 2000;31: 1518-27.



## EKLER

### EK-1 Anket

1- Yaşınız? .....

2- Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek

3- Medeni Durumunuz? a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/ Eşinden ayrı yaşıyor d) Eşi ölmüş

4- Çalışmakta olduğunuz kurum? .....

5- Kurumunuzda yönetsel göreviniz bulunmakta mıdır? a) Evet b) Hayır

6- Uzmanlık alanınız var mı? a) Evet b) Hayır

7- Mesleğinizdeki toplam çalışma süreniz?(kaç yıllık hekimsiniz)  
.....

8- Şuan çalıştığınız kurumdaki toplam çalışma süreniz? .....

9- Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz? .....

10- Çalışma hızını ve işinizin yoğunluğunu göz önüne alarak iş yükünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

a) Çok ağır b) Ağır c) Orta d) Hafif e) Çok hafif

Aşağıdaki sorulara size en uygun görünen cevabı X ile işaretleyerek doldurunuz.

		Evet	Hayır
11-	Ailenize yeterli zaman ayırdığınızı düşünüyor musunuz?		
12-	Aldığınız ücret sizi maddi açıdan tatmin ediyor mu?		
13-	Bir daha meslek seçecek olsanız yine doktor olur muydunuz?		
14-	Mesleğinizi stresli buluyor musunuz?		
15-	Son bir yıl içerisinde işyerinizde hasta/ hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldınız mı?		
16-	Maruz kaldığınız şiddetin türü aşağıdakilerden hangisine uymaktadır? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)?	fiziksel	sözel
17-	Çalıştığınız kurumda çalışma arkadaşlarınız ya da yöneticiniz tarafından şiddete maruz kaldınız mı?		
18-	Maruz kaldığınız şiddetin türü aşağıdakilerden hangisine uymaktadır? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)?	Fiziksel	Sözel Ekonomik

19- Sizce son on yıl içerisinde hekimlik mesleğinin toplumsal saygınlığı nasıl değişti?

a) Daha iyiye gitti b) Aynı kaldı c) Daha kötüye gitti d) Fikrim yok

20- Şu anda çalışmakta olduğunuz kurumunuzda çalışmaktan memnun musunuz?

- a) ok memnunum
- b) Memnunum
- c) Ne memnunum ne memnun değilim
- d) Memnun değilim
- e) ok memnunum

21- Olanağınız olsa aşağıdakilerden hangisi geleceğe yönelik planınız için doğru seçenektir?

- a) Aynı yerde çalışmaya devam etmek
- b) Başka bir yerde çalışmak
- c) Emekli olmak
- d) Meslek değiştirmek
- e) Diğer .....

22- Son bir yıl içinde ne kadar süre izin kullandınız?

- a) 1 hafta ve/ veya daha az
- b) 2 hafta
- c) 3 hafta ve/veya daha fazla (24. soruyu cevaplamadan Whoqol-8 Yaşam Kalitesi Anketine geçebilirsiniz)

24- Neden 3 haftadan daha az izin kullandınız?

.....

**WHOQOL-8 Yaşam Kalitesi Anketi:** Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen her soruyu okuyunuz, soruları son 1 ayı dikkate alarak **size en uygun görünen cevabı işaretleyiniz.**

Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü (1)	Biraz kötü (2)	Ne iyi, ne kötü (3)	Oldukça iyi (4)	Çok iyi (5)
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil (1)	Çok az Hoşnut (2)	Ne hoşnut, ne de değil (3)	Epeyce hoşnut (4)	Çok hoşnut (5)
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç (1)	Çok az (2)	Orta Derecede (3)	Çokça (4)	Tamamen (5)
Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil (1)	Çok az Hoşnut (2)	Ne hoşnut, ne de değil (3)	Epeyce hoşnut (4)	Çok hoşnut (5)
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil (1)	Çok az Hoşnut (2)	Ne hoşnut, ne de değil (3)	Epeyce hoşnut (4)	Çok hoşnut (5)
Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil (1)	Çok az Hoşnut (2)	Ne hoşnut, ne de değil (3)	Epeyce hoşnut (4)	Çok hoşnut (5)
İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç (1)	Çok az (2)	Orta Derecede (3)	Çokça (4)	Tamamen (5)
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil (1)	Çok az Hoşnut (2)	Ne hoşnut, ne de değil (3)	Epeyce hoşnut (4)	Çok hoşnut (5)

**MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ:** Aşağıda yapmakta olduğunuz işe karşı duygu ve durumlarınızı gösteren ifadeler bulunmaktadır. Sizden beklenen bu ifadeler üzerinde düşünmeniz ve size en uygun seçeneği 'X' işareti koyarak belirtmenizdir.

ŞİMDİKİ İŞİMDEN	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum
Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
Tek başıma çalışmaya olanağımın olması bakımından					
Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana Vermesi bakımından					
Yöneticimin, ekibindeki kişileri yönetme tarzı bakımından					
Yöneticimin, karar vermedeki yeteneği bakımından					
Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından					
Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
İş ile ilgili kararların uygulamaya konması bakımından					
Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
İş içinde terfi etme olanağımın olması bakımından					
Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
Çalışma şartları bakımından					
Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem açısından					
Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

Anket bitmiştir, teşekkür ederiz.

## TEŞEKKÜR

Her verdiği okumayı ‘şimdi ne öğrenmem gerekiyor ki diye’ merak ve kaygı içinde anlamaya çalıştığım, tez danışmanlığımı yapan, yol gösteren Prof. Dr. Kayıhan Pala’ya; tezime başlarken danışmanlığımı yapan ve beni her zaman destekleyen Doç. Dr. Emel İrgil’e; her odasına girdiğimde ‘yine mi geldin’ bakışlarını hep hissettiğim ama her bölüme geldiğimde bıkmadan, usanmadan odasına yine girdiğim çok değerli Doç. Dr. Alpaslan Türkkân’a; ‘Türk Dil Kurumu’ gibi bütün düzeltmelerimi bıkmadan, usanmadan, güler yüzüyle yapan Uzman Dr. Harika Gerçek’e; her türlü lojistik ve psikososyal desteği için Doç. Dr. Murat Civaner’e; tüm tez sürecimde bana her türlü yardımı yapan arkadaşım Dr. Eylül Taneri’ye, parçası olduğum bu kocaman ailedeki hocalarıma, arkadaşlarıma, sekreterimize; bu zorlu süreçte her zaman olduğu gibi yine yanımda olan; motivasyonumu, iş doyumumu dolayısıyla yaşam kalitemi arttıran aileme; lisans üstü eğitimime başladığım ilk ayımdan itibaren ‘No pain no gain’ cümlesiyle mottomu belirleyen, hep yanımda olmaya çalışan, beni destekleyen eşim Remzi Emiroğlu’na; ‘Anne hadi sen ders çalış öğretmenin kızmasın’ diyebilen 4 yaşındaki kocaman oğlum Ege Emiroğlu’na binlerce teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Kırşehir'de doğdum. Liseyi Çanakkale Fen Lisesi'nde, üniversiteyi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bitirdim. 2009 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladım.