

Doktorlarda Mesleki Tükenmişlik Sendromu ve Çalışma Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

The Relationship between Professional Burnout Syndrome and Quality of Working Life in Doctors

Öz

Amaç: Tükenmişlik sendromu sağlık çalışanlarında önemli bir sorundur. Bu çalışmada birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan bir grup doktora çalışma yaşam kalitesi ve mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkiyi tespit etmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma 2019 yılında Bingöl ilinde çalışan 119 doktorla gerçekleştirilmiş kesitsel tipte bir çalışmadır. Anket üç bölümden oluşmuştur: sosyodemografik bölüm, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ölçeği. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Duygusal tükenme prevalansı %23,5, duyarsızlaşma prevalansı %11,8 idi. Hastanede çalışanlarda, nöbet tutanlarda, ayda 218 saatten fazla çalışanlarda ve kadın doktorlarda duygusal tükenmişliğin, il merkezinde çalışanlarda, nöbet tutanlarda ve ayda 218 saatten fazla çalışanlarda duyarsızlaşmanın daha fazla olduğu saptandı. İş kazası-meslek hastalığı riski, işyerinde ayrımcılık, işyerinde stres ve zaman baskısı arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı görüldü. Mesleki tükenmişliği en çok körükleyen işle ilgili faktör işyerinde stres ve zaman baskısı idi.

Tartışma ve Sonuç: Tükenmişliğe neden olan işle ilgili faktörler işyerinde stres ve zaman baskısı, çalışma saatlerinin fazla olması ve vardiyalı çalışma olarak saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: doktorlar; duyarsızlaşma; kadın doktorlar; mesleki tükenmişlik

Abstract

Aim: Burnout syndrome is an important problem among health-care workers. In this study, we aimed to determine the relationship between quality of working life and professional burnout in a group of doctors working in primary and secondary health-care institutions.

Materials and Methods: This was a cross-sectional study that included 119 doctors working in the Bingöl province in 2019. The survey used consisted of three parts: the sociodemographic questionnaire, the Maslach Burnout Inventory, and the Quality of Work Life Scale. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The emotional exhaustion and depersonalization rates were 23.5% and 11.8%, respectively. Emotional burnout was found to be more common in female doctors, hospital-based doctors, doctors working in shifts, and those working more than 218 hours per month, while depersonalization was more common in doctors working in city centers, shift-workers, and doctors working more than 218 hours per month. Emotional exhaustion and depersonalization were observed to increase with the increase in occupational accident-occupational disease risks, workplace discrimination, and workplace stress and time pressure at work. The most contributing factor to professional burnout was workplace stress and time pressure at work.

Discussion and Conclusion: Work-related factors leading to burnout were determined to be workplace stress and time pressure at work, excessive working hours, and shift work.

Keywords: depersonalization; doctors; female doctors; professional burnout

Burak Mete¹, Mehmet Sait Değer², Erkan Pehlivan³

¹ Çukurova Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

² Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü

³ İnönü Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Geliş/Received : 28.02.2020

Kabul/Accepted: 25.04.2020

DOI: 10.21673/anadoluklin.695794

Yazışma yazarı/Corresponding author

Burak Mete

Çukurova Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
E-posta: burakmete2008@gmail.com

ORCID

Burak Mete: 0000-0002-0780-6176

Mehmet Sait Değer: 0000-0001-8862-1343

Erkan Pehlivan: 0000-0002-4361-3355

GİRİŞ

İlk kez sağlık çalışanları için tanımlanmış bir durum olan “tükenmişlik” uzun dönemde iş ile ilgili gelişen stresin ardından, zihinsel ve fiziksel enerjinin tükenmesi ile karakterizedir (1). Tükenmişlik; depresyon, iş stresi, bitkinlik ile aynı anlama gelmemektedir. Tükenmişliğe, orantısız bir efor ve yetersiz kazanım ile birlikte stresli çalışma koşullarının neden olduğu bilinmektedir (2). “Tükenmişlik sendromu” sağlık çalışanlarında önemli bir sorundur ve doktorların tükenmişliğe genel popülasyondan daha yatkın olduğu görülmektedir. Doktorlarda tükenmişlik sıklığı %4–61 arasında değişmektedir (3). Doktorlar genel popülasyona kıyasla önemli ölçüde daha fazla çalışırlar ve genellikle kişisel ve iş yaşamlarını entegre etmekte zorlanırlar (4). Ayrıca doktorlar sürekli acı, korku ve ölümlerle karşılaşmakta ve hastalar ve aileleri ile zor etkileşimlerde bulunmaktadır. Son yıllarda doktorların mesleki memnuniyet düzeyinin de azaldığı görülmektedir (5). ABD’de bütün meslekler içinde intihar hızlarının en yüksek olduğu mesleğin doktorluk olduğu, yüksek intihar hızlarının ana sebebinin tükenmişlik olduğu düşünülmektedir. Doktorların profesyonel tükenmişliği, tıbbi bakımın kalitesini düşüren ve sağlık hizmetlerinde insan kaynakları politikasının etkinliğini azaltan yaygın bir dünya sorunudur. Çözüm için ise ilk adım bu fenomene yol açan temel faktörleri belirlemektir. Bilimsel literatür çalışma ortamının genel özelliklerinin tükenmişlik riski üzerinde bireysel özelliklerden daha belirleyici olduğuna işaret etmektedir. İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik hastalarla uğraşmak, işyerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması “tükenme”de rol oynamaktadır. Kronik iş stresi, özellikle fazla çalışma, tükenmişliğin ana nedenidir (6). Bütün bunlar doktorların mesleki özelliklerinin ve çalışma yaşam kalitesinin tükenmişlikte önemli olduğunu düşündürmektedir. Bu araştırmada birinci ve ikinci basamakta çalışan bir grup doktora çalışma yaşam kalitesi (ÇYK) ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi tespit etmek amaçlanmıştır.

GEREK VE YÖNTEMLER

Bu çalışma 2019 yılında Bingöl ilinde gerçekleştirilmiş kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Bingöl ilinde çalışan birinci ve ikinci basamak doktorları oluşturmuştur (aile hekimi, acil servis doktorları, uz-

man doktorlar; N=150). Yüzde 95 güven aralığı, %80 güç referans alınarak yapılan örneklem büyüklüğü analizinde ulaşılmaması gereken minimum örneklem büyüklüğü 98 olarak bulunmuş olup 119 doktora ulaşılmıştır (referans değerler, Grup 1: 16,36±6,33; Grup 2: 12,83±6,12) (7). Örnekleme, Google dokümanlardan hazırlanan form ile hem birinci hem de ikinci basamakta çalışan doktorların bulunduğu WhatsApp gruplarından ulaşılmıştır. Anketi gönüllü kişiler doldurmuştur. Mükerrer doldurmalar olmaması için dolduran kişilerin yeniden doldurması engellenmiştir. Çalışma Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun biçimde yapılmıştır. Çalışma için Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu’ndan 11 Aralık 2019 tarihinde onay (no. 23234772-929) alınmıştır.

Anket üç bölümden oluşmuştur: (i) mesleki soruları da içeren sosyodemografik form, (ii) Maslach Tükenmişlik Ölçeği, ve (iii) Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

1981 yılında Maslach C. tarafından geliştirilmiş (8), 1992’de Ergin C. tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (9). Toplamda 5’li Likert tipte 22 maddeden oluşan 3 alt ölçeği vardır. Bunlar “duyarsızlaşma,” “duygusal tükenme,” ve “kişisel başarıda düşme”dir. Tükenmiş bireylerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek olması beklenirken kişisel başarıda düşme puanlarının düşük olması beklenir. Skorlar duygusal tükenme alt ölçeğinde 0–36, başarıda düşme alt ölçeğinde 0–32, duyarsızlaşma alt ölçeğinde ise 0–20 aralığında değişir (9). Ölçeğin geliştiricileri tarafından tükenmişlik durumunun belirlenebilmesi için alt ölçeklerin de değerlendirilmeye dahil edilmesi önerilmektedir.

Duygusal tükenme: Bu alt ölçek dokuz maddeden oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan maddeler 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20 numaralı sorulardır (*cut-off*=27).

Duyarsızlaşma: Beş maddeden oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan maddeler 5, 10, 11, 15 ve 22 numaralı sorulardır (*cut-off*=13).

Kişisel başarı: Sekiz maddeden oluşmakta olup bunlar 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21 numaralı sorulardır (*cut-off*=39) (9).

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler ve çalışma koşulları

Değişkenler	
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	90 (75,6)
Kadın	29 (24,4)
Yaş, ortalama±SS (min.–maks.)	
	31,3±4,7 (24–53)
Medeni durum, n (%)	
Evli	64 (53,8)
Bekar	55 (46,2)
Unvan, n (%)	
Uzman Dr.	24 (20,2)
Pratisyen Dr.	95 (79,8)
Çalışma yeri, n (%)	
İl	77 (64,7)
İlçe	31 (26,1)
Belde/köy	11 (9,2)
Çalışma birimi, n (%)	
Aile sağlığı merkezi	63 (52,9)
Hastane	35 (29,4)
Diğer	21 (17,6)
Günlük baktığı hasta sayısı, n (%)	
1–30 hasta	26 (23,6)
31–50 hasta	41 (37,3)
51–75 hasta	20 (18,2)
≥76 hasta	23 (20,9)
Nöbet tutma, n (%)	
Evet	30 (25,4)
Hayır	89 (74,6)
Aylık çalışma süresi, n (%)	
160–184 saat	97 (81,5)
185–217 saat	12 (10,1)
≥218 saat	10 (8,4)

maks.: maksimum; min.: minimum; SS: standart sapma

Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu ölçek 2011 yılında Aydın ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin tümüne ilişkin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,882'dir. Ölçek sağlık personelinin genel çalışma yaşam kalitesini ölçmekte, 27 soru ve 6 alt faktörden oluşmaktadır. Birinci faktör "iş kazası–meslek hastalığı riski ve işyerindeki fiziksel çalışma koşulları," ikinci faktör "işyerinde ayrımcılık," üçüncü faktör "sürekli gelişme ve iyileştirme fırsatları," dördüncü faktör "organizasyona sosyal entegrasyon," beşinci faktör "iş stresi ve za-

man baskısı," altıncı faktör ise "organizasyondaki yasalar" olarak adlandırılmıştır. Ölçek 5'li Likert tiptedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça çalışma yaşam kalitesi düşmektedir (10).

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz SPSS (v. 22) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Normal dağılım testi olarak Kolmogorov–Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin analizinde parametrik testler, uymayan verilerin analizinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde Mann–Whitney U testi, bağımsız t-testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal–Wallis testi, Pearson ve Spearman korelasyon testleri ve çoklu lineer regresyon analizi (*stepwise* yöntemi) kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Doktorların yaş ortalaması 31,3±4,7 yıl olup %52'si aile hekimi, %7,6'sı idareci, %20,2'si uzman doktordur. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşulları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Doktorlarda duygusal tükenme prevalansı %23,5, duyarsızlaşma prevalansı ise %11,8 olarak tespit edilmiştir. Doktorların sosyodemografik özelliklerine ve çalışma koşullarına göre tükenmişlik alt boyutları karşılaştırıldığında (Tablo 2), kadın doktorlarda, hastanede çalışanlarda, nöbet tutanlarda ve ayda 218 saatten fazla çalışan doktorlarda duygusal tükenmişliğinin anlamlı biçimde daha fazla olduğu görülmüştür. Duyarsızlaşmanın ise il merkezinde çalışanlarda, nöbet tutanlarda ve ayda 218 saatten fazla çalışanlarda anlamlı biçimde daha fazla olduğu görülmüştür. Yaş ile tükenmişlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışma yaşam kalitesinin alt boyutları ve tükenmişlik arasındaki korelasyon değerleri Tablo 3'te verilmiştir.

Ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyon durumu incelendiğinde, iş kazası–meslek hastalığı riski, işyerinde ayrımcılık, işyerinde stres ve zaman baskısı arttıkça duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın arttığı, sürekli gelişme ve iyileştirme fırsatları ve sosyal entegrasyon arttıkça duygusal tükenme-

Tablo 2. Çalışma şartlarına göre tükenmişlik karşılaştırması

Özellik	Duygusal tükenme (ort.±SS / medyan)	Duyarsızlaşma (ort.±SS / medyan)	Kişisel başarı (ort.±SS / medyan)
Cinsiyet			
Erkek	21,0±7,5 / 20,5	7,2±4,4 / 6,0	22,0±5,0 / 22,0
Kadın	24,2±7,5 / 26,0	7,5±4,7 / 8,0	20,4±4,2 / 20,0
<i>p</i>	0,044	0,703	0,136
Unvan			
Uzman	22,7±7,7 / 23,0	8,6±4,9 / 9,0	21,0±4,7 / 20,5
Pratisyen	21,5±7,6 / 22,0	6,9±4,3 / 6,0	21,8±4,8 / 22,0
<i>p</i>	0,594	0,089	0,463
Çalışma yeri			
İl	22,2±7,9 / 23,0	7,8±4,6 / 8,0*	21,4±4,9 / 21,0
İlçe	21,4±7,1 / 22,0	7,0±4,0 / 6,0	21,8±5,1 / 23,0
Belde/köy	19,7±6,7 / 18,0	3,8±2,8 / 3,0*	22,5±2,9 / 24,0
<i>p</i>	0,581	0,019	0,268
Çalışma birimi			
Hastane	24,7±7,0 / 26,0*	9,2±4,5 / 9,0*	20,5±4,2 / 20,0
Aile sağlığı merkezi	20,5±7,8 / 19,0*	6,5±4,2 / 6,0*	21,7±4,8 / 22,0
Diğer	20,7±6,8 / 22,0	6,2±4,4 / 6,0	23,0±5,7 / 23,0
<i>p</i>	0,023	0,006	0,165
Nöbet tutma			
Evet	25,8±6,2 / 26,0	9,4±4,9 / 10,0	20,9±3,8 / 20,5
Hayır	20,4±7,6 / 19,5	6,5±4,1 / 6,0	21,8±5,1 / 22,0
<i>p</i>	0,001	0,004	0,236
Aylık çalışma süresi			
160–184 saat	20,8±7,6 / 21,0*	6,9±4,1 / 7,0*	21,6±5,0 / 22,0
185–217saat	24,5±6,9 / 25,0	6,7±4,5 / 5,0	22,0±4,8 / 21,5
≥218 saat	27,9±5,0 / 28,0*	10,8±6,3 / 10,5*	21,6±3,2 / 21,0
<i>p</i>	0,008	0,034	0,951

* Farkı yaratan gruplar

ort.: ortalama; SS: standart sapma

nin ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarının arttığı tespit edilmiştir.

Çalışma yaşam kalitesi ölçeğinin alt faktörleri dahil edilerek tükenmişliği tahmin etmek için oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Tükenmişlikteki değişimin (R square: 0,396) %39,6'sı çalışma yaşam kalitesi alt boyutları ile açıklanmaktadır. Dahil edilen alt faktörlerden “iş kazası–meslek hastalığı riski, fiziksel çalışma koşulları” ve “iş stresi ve zaman baskısı” faktörlerinin modele katkısının anlamlı olduğu görülmüştür. Tükenmişlik değişkenindeki değişimin %35,4'ü “iş stresi ve zaman baskısı” faktörü, %4'ü “iş kazası–meslek hastalığı riski, fiziksel çalışma koşulları” faktörü ile açıklanmaktadır. Tükenmişliği en çok körükleyen faktörün işyerinde stres ve zaman baskısı olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Tükenmişlik sendromu uzun süre iş nedenli stres sonucunda oluşan, işle ilgili bir sendromdur. Hedefler ve beklentiler çok yüksek olduğunda veya gerçekçilik çok düşük olduğunda ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir. Tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşmanın artması ve kişisel başarı hissini azalması ile karakterizedir. Hastalara ve meslektaşlarına insandan ziyade nesne olarak davranmak ve duygusal olarak tükenmiş hissetmek tükenmişliğin çok yaygın iki belirtisidir (11). Güncel literatür sağlık profesyonellerinde tükenmişlik gelişme riskinin genel nüfusa göre daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (12). Bu çalışmada Türkiye'nin doğusunda bir il olan Bingöl'de birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan bir grup doktorda tükenmiş-

Tablo 3. Çalışma yaşam kalitesi ve tükenmişlik arasındaki korelasyon

	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Faktör 1: İş kazası–meslek hastalığı riski ve işyerindeki fiziksel çalışma koşulları	r:0,393 p<0,001	r:0,202 p=0,028	r:0,007 p=0,940
Faktör 2: İşyerinde ayrımcılık	r:0,258 p=0,005	r:0,231 p=0,012	r:-0,062 p=0,501
Faktör 3: Sürekli gelişme, iyileştirme fırsatları	r:-0,251 p=0,006	r:-0,250 p=0,006	r:0,345 p<0,001
Faktör 4: Organizasyona sosyal entegrasyon	r:-0,282 p=0,002	r:-0,190 p=0,039	r:0,292 p=0,001
Faktör 5: İş stresi ve zaman baskısı	r:0,648 p<0,001	r:0,457 p<0,001	r:-0,228 p=0,013
Faktör 6: Organizasyondaki yasalar	r:-0,029 p=0,758	r:-0,011 p=0,906	r:0,127 p=0,169

lik sendromunun çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi araştırılmıştır. Kadın doktorlarda duygusal tükenmenin, il merkezinde çalışan doktorlarda duyarsızlaşmanın, hastanede çalışanlarda, nöbet tutanlarda ve ayda 218 saatten fazla çalışanlarda hem duygusal tükenmenin hem de duyarsızlaşmanın daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışma yaşam kalitesi faktörlerinden iş kazası–meslek hastalığı riskinin, işyerinde ayrımcılığın, iş stresi ve zaman baskısının artmasının tükenmişliği artırdığı, işyerinde gelişme, iyileştirme fırsatlarının ve sosyal entegrasyonun artmasının ise tükenmişliği azalttığı saptanmıştır. Tükenmişliği en çok körükleyen işle ilgili faktörün ise “işyerinde iş stresi ve zaman baskısı” faktörü olduğu görülmüştür.

Stanetiç ve ark. birinci basamaktaki doktorların tükenmişlik durumunu araştırdıkları çalışmalarında kadın doktorlarda ve yaşı büyük olan doktorlarda tükenmişliğin daha fazla olduğunu saptamıştır (13). Doktorlarda tükenmişlik sendromunun incelendiği bir derlemede; 10–20 yıl çalışma süresi, işyeri sayısının/iş yükünün fazlalığı, kadın olmak, negatif duygulanım, tatmin etmeyen iş şartları, ödül eksikliği, son 12 ayda kaynak kaybı hissi, uzmanlık, düşük iş tatmini, daha fazla nitelik kazanamamak, daha kısa mesleki deneyim, cerrahi dışı uzmanlık, haftada 60 saatten fazla çalışmak, hastaların negatif tavrı, ve aylık çok sayıda görevin olması tükenmişliği artırıcı faktörler olarak belirtilmiştir (14). Bir metaanalizde kadın doktorlarda duygusal tükenmenin daha fazla olduğu, duyarsızlaşmanın ise daha az olduğu bildirilmiştir (15). Medscape Ulusal Doktor Tüken-

mişlik, Depresyon ve İntihar Raporu’nda tükenmişlik sendromu sıklığı kadınlarda %50, erkeklerde ise %39 olarak belirtilmiştir (16). Bilimsel literatürde iki cinsiyet arasında bir fark bildirmeyen çalışmalar da vardır (17,18). Farklı popülasyonlarda elde edilen bu farklı sonuçlar, incelenen grubun tıbbi uzmanlığından veya kültürel geçmişinden kaynaklanmakta olabilir.

Medscape Ulusal Doktor Tükenmişlik, Depresyon ve İntihar Raporu’nda tükenmişliğin en fazla (sırasıyla) üroloji, nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, dahiliye, acil tıp uzmanlarında, en az ise patoloji, nefroloji ve halk sağlığı uzmanlarında görüldüğü bildirilmiştir. Tükenmişliği en çok körükleyen ilk üç faktör çok fazla bürokratik görev (%59), işte çok fazla zaman harcama (%34), ve artmış bilgisayarlaşma olarak belirtilmiştir. Çalışma süresi uzunluğu ile tükenmişlik arasında yüksek korelasyon bulunmuştur (16). Bizim çalışmamızda ise uzmanlığın tükenmişlik üzerinde etkili bir faktör olmadığı, çalışma yaşam kalitesinin ve çalışma şartlarının daha önemli olduğu görülmüştür. Acil servis doktorlarında tükenmişliğin araştırıldığı bir çalışmada %25–77,8 aralığında bir prevalans saptanmıştır. Bu geniş aralığın sebebi tükenmişliği tanımlamak için farklı araçlar kullanılması olabilir. Tükenmişlik risk faktörleri; işle ilgili parametreler (ağır iş yükü, düşük iş memnuniyeti, iş arkadaşlarıyla sorunlu bir ilişki ve de kişisel ve profesyonel yaşamını dengelemede zorluk), kişilik özellikleri ve stresle baş etme yöntemleri, yaşam tarzı parametreleri ve zihinsel bozukluklar (stres ve uyku bozuklukları gibi) olarak belirtilmiştir (19).

Tablo 4. Tükenmişlik sendromu çoklu regresyon sonuçları

	Model 1		Model 2	
	B	p	B	p
İş stresi ve zaman baskısı	2,380	<0,001	2,041	<0,001
İş kazası–meslek hastalığı riski			0,463	0,006
Sabit	25,848		19,308	
R ²	0,354		0,394	
Düzeltilmiş R ²	0,348		0,384	
Δ R ²	0,354		0,040	
Varyans	64,109	<0,001	37,774	<0,001

Bizim çalışmamızda doktorlarda duygusal tükenme prevalansı %23,5, duyarsızlaşma prevalansı ise %11,8 olarak tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada yüksek vardiya sayısı, işe katılım eksikliği, kariyerdan memnuniyetsizlik, düşük verimlilik ve etkililik özdeğerlendirmesi, uzmanlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve 10 yıl içinde uygulamadan ayrılma niyeti, tükenmişliğin bağımsız öngördürücüleri olarak belirtilmiştir (20). Bir sistematik derlemede ise doktorlarda tükenmişlik prevalansının %25,4–71,4 aralığında olduğu, acil servis doktorlarında tükenmişliği tetikleyici faktörlerin (yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, eğitim seviyesi vb.) değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir (21). Kırsal bölge sağlık çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada, tükenmişlik prevalansı tüm sağlık çalışanları için %31, doktorlar için %45 olarak tespit edilmiştir. Tükenmişlik sebepleri iş yükü üzerinde kontrol eksikliği, işverenin az değer vermesi, verimli ekip çalışması eksikliği ve evde aşırı dokümantasyon süresi olarak bildirilmiştir (22). Sahraaltı Afrika'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında tükenmişliğin yaygın olduğu (%31–81) görülmüş, iş yükünün fazlalığı, mesleki statü, işyerinde kişiler arasında çatışma, destek eksikliği, rol çatışması ve rol belirsizliği tükenmişliği körükleyen faktörler olarak bulunmuştur (23). Suriye'de yapılan bir araştırmada da doktorlarda tükenmişlik indeksinin üç alt faktöründen en az birinin görülme sıklığı %93 olarak bulunmuştur. Kadınlarda ve acil servis doktorlarında tükenmişliğin fazla olduğu görülmüştür (24). Bizim çalışmamızda da acil serviste çalışan, nöbet tutan doktorlarda ve kadın

doktorlarda tükenmişliğin fazla olduğu gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise sözel ve fiziksel şiddete maruz kalan doktorlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmüş, psikolojik şiddete maruz kalanlarda ise hem duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarındaki artış hem de kişisel başarı puanlarındaki azalma anlamlı bulunmuştur (25). Hindistan'da yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarında tükenmişlik prevalansı %80 olarak bulunmuş ve tükenmişlik ile mesleki tatmin ve stres seviyesi arasında güçlü korelasyon tespit edilmiştir (26). Ortopedistler üzerinde yapılan bir araştırmada da işle ilgili stresin engellenmesinin tükenmişliği önlemede en önemli faktör olduğu belirtilmiştir (27). Türkiye'de yapılan bir çalışmada yıllık izinlerini kullanamayan ve çalışma süresi uzun olan doktorlarda duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın yaygın olduğu gözlenmiştir (28).

Tükenmişliği körükleyen faktörler bölgelere, çalışma koşullarına, cinsiyete, kişisel özelliklere göre değişmektedir. Uzun çalışma saatleri, nöbet usulü çalışma, hastanede çalışma, işyerinde iş stresi ve zaman baskısı körükleyici faktörlerdendir. Bizim çalışmamızda çalışma yaşam kalitesinin tükenmişlik gelişiminde etkili olduğu, işyerindeki stresin ve zaman baskısının en önemli faktör olduğu bulunmuştur. Fakat tek bir bölgede küçük bir örnekleme yürütülmüş olması çalışmamızın önemli bir limitasyonudur. Sonuç olarak, doktorlarda tükenmişlik sendromu gelişimini engellemek veya azaltmak için, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, işyerinde

stres yaratan faktörlerin azaltılması, nöbet sayılarının düşürülmesi ve sosyal entegrasyonun artırılması önerilebilir.

Çıkar Çatışması ve Finansman Bildirimi

Yazarlar bildirecek bir çıkar çatışmaları olmadığını beyan eder. Yazarlar bu çalışma için hiçbir finansal destek almadıklarını da beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psych Med.* 2003;53(5):213–22.
2. Kobiakova OS, Deev OA, Kulikov ES, Khomiakov KV, Tiufilin DS, Zagromova TA, ve ark. The factors associated with development of professional burning-out in physicians. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med.* 2019;27(6):967–71.
3. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, ve ark. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA.* 2018;320(11):1131–50.
4. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, ve ark. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(12):1600–13.
5. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, ve ark. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89(3):443–51.
6. Unger JP. Physicians' burnout (and that of psychologists, nurses, magistrates, researchers, and professors) for a control program. *Int J Health Serv.* 2020;50(1):73–81.
7. Süloğlu A. Diyaliz Merkezlerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu [aile hekimliği uzmanlık tezi]. İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. *Maslach Burnout Inventory.* Palo Alto, CA/ABD: Consulting Psychologists Press; 1986.
9. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. In: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1992;22:25.
10. Aydın İ, Çelik Y, Uğurluoğlu Ö. Sağlık Personeli Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet.* 2011;22(2):79–100.
11. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care.* 2007;13(5):482–8.
12. Brindley PG. Psychological burnout and the intensive care practitioner: a practical and candid review for those who care. *J Intensive Care Soc.* 2017;18(4):270–5.
13. Stanetić K, Petrović V, Marković B, Stanetić B. The presence of stress, burnout syndrome and the most important causes of working stress among physicians in primary health care--an observational study from Banja Luka, Bosnia and Herzegovina. *Acta Med Acad.* 2019;48(2):159–66.
14. Zgliczyńska M, Zgliczyński S, Ciebiera M, Kosińska-Kaczyńska K. Occupational burnout syndrome in Polish physicians: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(24). DOI: 10.3390/ijerph16245026.
15. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: a meta-analysis. *J Vocat Behav.* 2010;77(2):168–85.
16. Medscape National Physician Burnout, Depression and Suicide Report (2019). Erişim: www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056#20 (erişildi: 13.1.2020).
17. LaFaver K, Miyasaki JM, Keran CM, Rheume C, Gulya L, Levin KH, ve ark. Age and sex differences in burnout, career satisfaction, and well-being in US neurologists. *Neurology.* 2018;91(20):1928–41.
18. Marchalik D, Brems J, Rodriguez A, Lynch JH, Padmore J, Stamatakis L, ve ark. The impact of institutional factors on physician burnout: a national study of urology trainees. *Urology.* 2019;131:27–35.
19. Boutou A, Pitsiou G, Sourla E, Kioumis I. Burnout syndrome among emergency medicine physicians: an update on its prevalence and risk factors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2019;23(20):9058–65.
20. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, ve ark. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med.* 1996;3(12):1156–64.
21. Verougstraete D, Hachimi Idrissi S. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. *Acta Clin Belg.* 2019;13:1–23.
22. Bethea A, Samanta D, Kali M, Lucente FC, Richmond BK. The impact of burnout syndrome on practitioners working within rural healthcare systems. *Am J Emerg Med.* DOI: 10.1016/j.ajem.2019.07.009
23. Dubale BW, Friedman LE, Chemali Z, Denninger JW,

- Mehta DH, Alem A, ve ark. Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1247.
24. 24. Alhaffar BA, Abbas G, Alhaffar AA. The prevalence of burnout syndrome among resident physicians in Syria. *J Occup Med Toxicol*. 2019;14:31.
25. 25. Hacer TY, Ali A. Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *J Forensic Leg Med*. 2019;69:101874.
26. 26. Saravanabavan L, Sivakumar MN, Hisham M. Stress and burnout among intensive care unit healthcare professionals in an Indian tertiary care hospital. *Indian J Crit Care Med*. 2019;23(10):462-6.
27. 27. Travers V. Burnout in orthopedic surgeons. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2020;106(1S):S7-S12.
28. 28. Orbay E, Tamer İ, Sargın M, Özçınar M, Dabak R. Asistan doktorlarda tükenme (burnout) sendromu. *Türkiye Aile Hekimliği Derg*. 2007;11(2):67-71.